

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
ESCUELA DE POSGRADO



**Perspectiva espiritual en personas con afecciones
cardiovasculares, con enfoque en la Teoría de Autotrascendencia
de Reed. Chiclayo-Perú, 2016**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO EN ENFERMERÍA**

AUTOR

Yngrid Maria Salazar Zevallos

ASESOR

Mercedes Elizabeth Lopez Diaz

<https://orcid.org/0000-0002-7375-7907>

Chiclayo, 2022

**Perspectiva espiritual en personas con afecciones
cardiovasculares, con enfoque en la Teoría de Autotrascendencia
de Reed. Chiclayo-Perú, 2016**

PRESENTADA POR

Yngrid Maria Salazar Zevallos

A la Escuela de Posgrado de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el grado académico de

MAESTRO EN ENFERMERÍA

APROBADA POR

Mirtha Flor Cervera Vallejos

PRESIDENTE

Maria Caridad Arriola Arizaga

SECRETARIO

Mercedes Elizabeth Lopez Diaz

VOCAL

Dedicatoria

A mis padres Angélica y Juan, por el apoyo constante en mi formación humana y profesional. También, por inculcarme una educación basada en principios y valores, generando en mi persona, actividades positivas y motivacionales, lo que me permitió la elaboración oportuna y correcta del presente trabajo de investigación científica.

Agradecimientos

Un agradecimiento especial a mi querida asesora Mercedes López Díaz, por su acompañamiento permanente durante el planteamiento y ejecución del presente recurso investigativo. Además, a los sujetos en estudio, por su participación constante para la recopilación, procesamiento, análisis e interpretación de los datos cuantitativos. Por último, a todos los integrantes de mi gran familia, amistades, compañeros y público en general, lo que directa o indirectamente contribuyeron en la formulación y elaboración de la tesis.

PERSPECTIVA ESPIRITUAL EN PERSONAS CON AFECCIONES CARDIOVASCULARES, CON ENFOQUE EN LA TEORÍA DE AUTOTRASCENDENCIA DE REED. CHICLAYO-PERÚ, 2016

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%

INDICE DE SIMILITUD

18%

FUENTES DE INTERNET

7%

PUBLICACIONES

13%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.uwiener.edu.pe

Fuente de Internet

2%

2

bdigital.unal.edu.co

Fuente de Internet

2%

3

eprints.uanl.mx

Fuente de Internet

2%

4

hdl.handle.net

Fuente de Internet

1%

5

tesis.usat.edu.pe

Fuente de Internet

1%

6

repositorio.upsjb.edu.pe

Fuente de Internet

1%

7

revistas.usat.edu.pe

Fuente de Internet

1%

8

Submitted to Universidad Cesar Vallejo

Trabajo del estudiante

1%

Índice

Resumen.....	8
Abstract.....	9
I. Introducción.....	10
II. Marco teórico.....	14
Antecedentes:.....	14
Bases teóricas:.....	15
III. Metodología	23
IV. Resultados	27
V. Discusión	48
VI. Conclusiones	52
VII. Recomendaciones	54
VIII. Referencias.....	55
IX. Anexos	58

Lista de tablas

Tabla 1. Alfa de Cronbach.....	47
--------------------------------	----

Lista de figuras

Figura 1. Porcentaje de participantes según sexo.....	28
Figura 2. Edades de los participantes encuestados.....	29
Figura 3. Porcentaje del grado de instrucción.....	30
Figura 4. Porcentaje de estado civil	31
Figura 5. Porcentaje del período de hospitalización	32
Figura 6. Nivel de Perspectiva Espiritual.....	33
Figura 7. Nivel de Perspectiva Espiritual MODERADO.....	34
Figura 8. Nivel de Perspectiva Espiritual ALTO.....	35
Figura 9. Nivel de Perspectiva Espiritual BAJO.....	36
Figura 10. Cuándo está hablando con su familia o sus amigos ¿cuántas veces menciona usted asuntos espirituales?.....	37
Figura 11. ¿Cuántas veces comparte usted con otros los problemas y alegrías de vivir de acuerdo con sus creencias espirituales?.....	38
Figura 12. ¿Cuántas veces lee usted materiales de algo espiritual?.....	39
Figura 13. ¿Cuántas veces reza usted en privado o hace meditación?.....	40
Figura 14. El perdón es una parte importante de su espiritualidad.....	41
Figura 15. Ve a la espiritualidad como una guía para tomar decisiones en su vida diaria.....	42
Figura 16. Sus creencias espirituales son una parte importante de su vida.....	43
Figura 17. Frecuentemente se siente muy cerca de Dios, o a un “poder más grande” en momentos importantes de su vida diaria.....	44
Figura 18. Sus creencias espirituales han influenciado su vida.....	45
Figura 19. Sus creencias espirituales son especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tiene sobre el significado de la vida.....	46

Resumen

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que para el año 2030, casi 23,6 millones de habitantes padecerán por alguna enfermedad relacionada con el aparato cardiovascular. Asimismo, se dice que las personas que viven con alguna afección cardíaca se encuentran permanentemente comprometidos por la disfuncionalidad corporal y también por la notable percepción de la muerte. Nuestro país no es ajeno a esta realidad y cada día notamos el incremento de personas hospitalizadas por dichas causas. Por ello, esta investigación determinó el nivel de perspectiva espiritual en personas con enfermedades cardiovasculares, en el Servicio de Cardiología-Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital Nacional «Almanzor Aguinaga Asenjo» (HNAAA). Fue un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal, bajo el enfoque la Teoría de Autotrascendencia de Reed y su Escala de Perspectiva Espiritual (SPS). Considerando en el transcurso de la investigación los principios de Bioética Personalista propuestos por Sgreccia y los de Rigor Científico por Guba. Los resultados se organizaron en 3 apartados. El primero, respecto a las características sociales de los participantes, donde el 55 % del total son de sexo masculino y la edad promedio fue 65 años. El segundo revela que el nivel de perspectiva espiritual es moderado con 60 %, seguido del 28 % para el nivel alto. En tercer lugar, se realizó la validación de la escala SPS en el contexto peruano-lambayecano, estimando la fiabilidad del instrumento. Se concluyó que el nivel de perspectiva espiritual fue moderado, contrastando con otros estudios de investigación preliminares.

Palabras clave: Espiritualidad (D029181), enfermedades cardiovasculares (D002318), pacientes (D010361).

Abstract

The World Health Organization (WHO) affirms that by the year 2030, almost 23.6 million inhabitants will suffer from some disease related to the cardiovascular system. Likewise, it is said that people living with a heart condition are permanently compromised by bodily dysfunction and also by the remarkable perception of death. Our country is no stranger to this reality and every day we notice the increase in people hospitalized for these causes. For this reason, this research determined the level of spiritual perspective in people with cardiovascular diseases, in the Cardiology-Thorax and Cardiovascular Surgery Service of the “Almanzor Aguinaga Asenjo” National Hospital (HNAAA). It was a quantitative, descriptive, cross-sectional study based on Reed's Theory of Self-Transcendence and its Spiritual Perspective Scale (SPS). Considering in the course of the research the principles of Personal Bioethics proposed by Sgreccia and those of Scientific Rigor by Guba. The results were organized in 3 sections. The first, regarding the social characteristics of the participants, where 55% of the total are male and the average age was 65 years. The second reveals that the level of spiritual perspective is moderate with 60%, followed by 28% for the high level. Third, the SPS scale was validated in the Peruvian-Lambayecan context, estimating the reliability of the instrument. It was concluded that the level of spiritual perspective was moderate, contrasting with other preliminary research studies.

Keywords: Spirituality (D029181), cardiovascular diseases (D002318), patients (D010361).

I. Introducción

La OMS revela que las patologías cardiovasculares son la primera causal de defunción en nuestro planeta (más del 80 %). De aquí hasta el año 2030, aproximadamente veintitrés millones de personas fallecerán por alguna enfermedad cardíaca, primordialmente por accidentes cerebro-vasculares y cardiopatías. Es por ello, que se prevé que estas patologías seguirán posicionándose como las principales afecciones que conllevan a altos porcentajes de morbilidad en el mundo¹. Nuestro país no es ajeno a esta problemática. Estadísticamente, según el registro diario de ingresos y egresos del Servicio de Cardiología-Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital Nacional «Almanzor Aguinaga Asenjo» (HNAAA) en Chiclayo-Perú, se internan aproximadamente 30 pacientes mensuales por Cardiología y 15 por Cirugía de Tórax, sin incluir a pacientes nefróticos que solo se internan 1 o 2 días para creación de fístula arteriovenosa para hemodiálisis. Sintetizando, son 540 personas que se atienden al año, 135 en un trimestre y 45 mensualmente².

En este contexto, durante la problematización se observó a algunas personas hospitalizadas en el servicio antes mencionado, identificándose a seres humanos, quienes experimentaron o aún están atravesando situaciones complejas donde su vida y su integridad ha representado gravedad o peligro, además, donde prima la escasez de elementos de ayuda o afrontamiento eficaz para los procesos patológicos cardiovasculares, y hallándose personas con facies angustiadas, dudosas, temerosas, llorosas, de incertidumbre, etc. Evidenciándose, además, poca interacción interpersonal entre la diada enfermera-persona cuidada/familiares. Con relación a lo enunciado, es indispensable tener en cuenta que las afecciones cardíacas representan potencialmente estrés físico, emocional y, sobre todo, espiritual; es decir, las personas que las sufren, se encuentran constantemente afectadas por la poca o nula funcionalidad biológica, pero, principalmente, por la percepción real que emerge de la enfermedad y la muerte³. En este sentido, se origina el sufrimiento existencial o espiritual, que se exterioriza e interioriza al sentirse falto de esperanza, con incertidumbre de lo que pueda pasar con su vida, temor, angustia, limitación, carga familiar y desinterés personal⁴. Todo ello, sugiere que los profesionales enfermeros deben ofrecer actitudes relacionadas con los valores, con el compromiso, con la lealtad y el trato humanitario durante la atención y los cuidados referentes a la dimensión espiritual; y, sobre todo, lograr que la persona perciba su espiritualidad como centro importante y fuente de apoyo para el afrontamiento ante sucesos patológicos.

Por otro lado, para entender el segundo aspecto que se originó en el transcurso de la problematización, planteamos a la espiritualidad como una esfera íntima, subjetiva y de carácter fenomenológico, es decir, un campo interno que nos conecta o vincula con la existencia de una guía superior, que, a su vez, nos permite encontrarle sentido a la vida y significado al porqué y para qué de los procesos. Al respecto, Mejía⁵ asegura que la definición de la espiritualidad es compleja, amplia, inmaterial, subjetiva e intangible, pero, a su vez, universal y dinámica.

En este sentido, para muchos estudiosos fue y es imposible concebir la idea de una espiritualidad que se puede medir o cuantificar, por lo que, Pamela Reed, una enfermera norteamericana, planteó y sigue desarrollando su Teoría de la Autotrascendencia⁶, decretando que la espiritualidad es concebida como un importante recurso para el afrontamiento eficaz ante un suceso que incite o replantee la conciencia de la fragilidad, mortalidad y la necesidad de establecer un vínculo con un ente o ser de condición suprema. Además, describe al concepto espiritualidad como la «predilección para descubrir un significado y sentido a la vida mediante un nexo de coexistencia con algo supremo, que trasciende más allá del ser y le da fortaleza. Por tanto, se hallan variadas respuestas relacionadas con la capacidad adaptativa (fisiológica y conductual) en las diferentes circunstancias de inquietud o desasosiego por las que atraviesa el ser humano».

De esta manera, Reed considera que fue necesaria la creación de un instrumento cuantitativo: la Escala de Perspectiva Espiritual (SPS), que es expresada a través de creencias y comportamientos. Las creencias (en términos de nivel al que una persona sostiene una cierta visión) y los comportamientos (frecuencia de comportamiento), los cuales se pueden medir cuantitativamente y ponen énfasis en estos aspectos «suaves» de las características humanas. Además, la autora deja que el encuestado (a) defina «espiritual» a su manera, manteniendo una definición abierta, puesto que es una visión individual en su mayor parte⁷. En concordancia, la Fundación para la Investigación de la Ciencia Espiritual (SSRF)⁸ propone el término «nivel espiritual» con el fin de reseñar la idoneidad espiritual de un ser humano, que interviene de manera similar a una escala a fin de determinar el desarrollo espiritual y proporciona una perspectiva o idea de dónde nos encontramos en el camino de la espiritualidad.

La problematización y el análisis de las situaciones y casos dieron origen al siguiente problema real: ¿Cuál es el nivel de espiritualidad en personas con afecciones cardiovasculares, en el servicio de Cardiología-Cirugía de Tórax y Cardiovascular del HNAAA – Chiclayo, 2016? Globalmente esta investigación buscó determinar el nivel de espiritualidad en personas con afecciones cardiovasculares (personas vulnerables) apoyándose en la Teoría de Autotrascendencia de Pamela Reed y en su Escala de Perspectiva Espiritual (SPS), interpretando a la espiritualidad (gracias a su riqueza conceptual, sus elementos, sus atributos, etc.) como herramienta para hacerle frente a situaciones complejas y que necesitan respuestas adaptativas ante las dificultades, aspecto que permitió la profundización del término espiritualidad desde el punto de vista cuantitativo, formulando como objetivo general: determinar el nivel de espiritualidad en personas con afecciones cardiovasculares, en el servicio de Cardiología-Cirugía de Tórax y Cardiovascular del HNAAA; y presentando los siguientes objetivos específicos:

- A.** Describir las características sociodemográficas a las personas con afecciones cardiovasculares.
- B.** Describir las prácticas espirituales de las personas con afecciones cardiovasculares.
- C.** Describir las creencias espirituales de las personas con afecciones cardiovasculares.
- D.** Validar la Escala de Perspectiva Espiritual (SPS) en el contexto peruano.

Para finalizar, esta investigación se justificó, en primer lugar, porque toda persona humana posee un aspecto espiritual que lo hace diferente de otros seres vivientes y lo apertura a su dimensión de trascendencia. Además, el ser humano es de naturaleza espiritual y de manera permanente siente una honda necesidad de creer y respaldarse de algún ser superior, de interrelacionarse, de orar, de sentir satisfacción con la vida y de hallarle el auténtico sentido a la misma. Por ello, el ser espiritual se vincula con un sentido de significado o propósito vital. Entonces, podríamos afirmar que para atender los temas que involucran a la espiritualidad se debe tener un especial cuidado, puesto que, estas personas se encuentran vulnerables y con amplio pensamiento acerca de la mortalidad y la discapacidad por su enfermedad.

También, porque la espiritualidad es exclusivamente humana y se torna indispensable en los últimos momentos de la vida, donde la misma experiencia hace que surjan interrogantes acerca del sufrimiento y del ciclo evolutivo vida/muerte. Por otro lado, durante décadas se consideró que cuantificar aspectos tan subjetivos como la espiritualidad es imposible. No obstante, en la actualidad existen variados estudios con escalas aplicadas que sí han podido determinar el nivel de espiritualidad, el nivel de perspectiva espiritual y el nivel de bienestar espiritual, en diferentes contextos y en diferentes momentos, por lo que en esta investigación se creyó conveniente validar la SPS de Pamela Reed y aplicarla en la realidad peruano-lambayecana, lo que permitirá, en un futuro, la ayuda al paciente con afecciones cardiovasculares, a aceptar y afrontar de una mejor forma su enfermedad y en consecuencia, a ser partícipes del cuidado de su espiritualidad.

Y, en paralelo, al profesional de enfermería para la toma de conciencia sobre el cuidado cada vez más humano y más íntegro, puesto que, por regla general, muchos de los profesionales de la salud fueron formados con base en el paradigma de la cientificidad, lo que permite una separación muy drástica del cuerpo material, la mente y la naturaleza del ser, perdiéndose de esta forma la visión del holismo y la totalidad. En ese sentido, el personal enfermero debe propiciar la atención de las necesidades espirituales en situaciones o condiciones de vulnerabilidad, con el fin de aprender a “cuidar con sentido”, entendiendo que el hombre es un ser que sufre y la espiritualidad posee una enorme variabilidad en tiempo y en persona, es decir, es diferente en cada ser humano y en cada momento, va evolucionando conforme los individuos crecen y forman su trayectoria de vida. Por ello, el cuidado con sentido se debe tornar personalizado y enfatizando en aquellas acciones relacionadas al sufrimiento espiritual o emocional. Dimensiones que, al encontrarse en desequilibrio, perjudican tanto las funciones orgánicas como las mentales de toda persona.

II. Marco teórico

Antecedentes:

En el contexto de Latinoamérica, en el año 2015 se encontró la investigación: *Perspectiva Espiritual en Pacientes Oncológicos que asisten a tratamiento de Quimioterapia en Cartagena-Colombia*, con el objetivo de determinar la perspectiva espiritual en personas con diagnóstico de cáncer que asisten regularmente a sus quimioterapias. Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. Se recurrió a la escala de perspectiva espiritual-SPS de Pamela Reed aplicada a 153 153 pacientes en tratamiento adjudicados en el Hospital Universitario del Caribe y el Centro Radio Oncológico del Caribe. Se obtuvo que los pacientes muestran una perspectiva espiritual alta, con una puntuación de 53.3 (sobre un puntaje de 60), de igual modo, el puntaje de prácticas y creencias alcanzó resultados elevados (prácticas 21.1, sobre un puntaje de 24, y creencias 32, sobre un puntaje de 36). Los participantes muestran una perspectiva espiritual alta; demostrando la gran necesidad de actuar de manera fenomenológica sobre la Espiritualidad, lo cual va a lograr una mayor aceptabilidad del diagnóstico de cáncer, y, un afrontamiento eficaz ante la enfermedad⁹.

En México, en el año 2014 se publicó la investigación: *Calidad de vida y perspectiva espiritual de los pacientes hospitalizados con enfermedad cardiovascular*. Estudio transversal analítico que tuvo una muestra de 297 participantes con cardiopatías. Se aplicó pruebas de correlación de Spearman y Pearson, así como t de Student, y, U de Mann-Whitney para evaluar las variables espiritualidad y calidad de vida. Por último, el 53.5 % percibió su calidad de vida como normal y 44,8 % como buena; 68 % tuvo un nivel de espiritualidad alto. Sí se relacionó la calidad de vida con espiritualidad, en específico, en las creencias. La espiritualidad fue mayor en las mujeres¹⁰.

En el mismo año en Brasil, Ottaviani y otros, presentaron la investigación: *Esperanza y espiritualidad de pacientes renales crónicos en hemodiálisis: un estudio de correlación, de corte transversal*, con una muestra de 127 pacientes con tratamiento. Se recolectó la información a través de entrevistas y utilizando los siguientes instrumentos: Escala de Esperanza de Herth (EEH) y Escala de Espiritualidad de Pinto Pais-Ribeiro (EEPP-R). Los resultados confirman la existencia de asociación positiva entre las variables nivel de espiritualidad y esperanza en pacientes renales crónicos¹¹.

En el contexto peruano, en el año 2016, se realizó la investigación: Espiritualidad e incertidumbre en pacientes oncológicos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza – Lima 2016. Tuvo como objetivo determinar la relación entre espiritualidad e incertidumbre en pacientes oncológicos. De diseño no experimental, corte transversal, de enfoque cuantitativo correlacional. Se utilizaron dos instrumentos validados. Se obtuvo que la espiritualidad e incertidumbre si tienen un tipo de relación, relación indirecta con el ($p = -0,224$), es decir a mayor espiritualidad, menor incertidumbre. Asimismo, el 87.5% de pacientes tiene un grado de espiritualidad moderado, 7.5% presenta un nivel de espiritualidad alto y 5% presentan un nivel espiritual bajo¹².

Finalmente, en el año 2015, el estudio: Espiritualidad en pacientes de cuidados paliativos de un hospital nacional, tuvo como objetivo describir la espiritualidad en pacientes que reciben cuidados paliativos en la ciudad de Lima. Estudio cuantitativo con diseño descriptivo, presentó una población de 80 personas en fase terminal, se utilizó como instrumento la Escala de Perspectiva Espiritual-EPS. Se obtuvo que el 56,2% de pacientes tenía alta vivencia espiritual¹³.

Bases teóricas:

En segundo lugar, es necesario resaltar que esta investigación se desarrolló con enfoque en la Teoría de Autotrascendencia de Reed. Investigadora que se interesa primero en el papel que ejerce el término espiritualidad, entendiendo que es un «fenómeno relacionado con el bienestar». Además, usó el modelo conceptual de Rogers, en el cual replanteó los principios del ciclo vital del ser humano unitario y donde busca generar una interrelación armoniosa entre la persona humana y el entorno ambiente, considerando la perspectiva de la enfermería⁷.

Por ello, Reed ideó una Escala de Perspectiva Spiritual (SPS), la cual hace una medición de la espiritualidad en las personas en situaciones de enfermedad, en específico, en pacientes con condición de cronicidad y/o con presencia de patologías en fase terminal. Esta teoría muestra definiciones que emergen de las nociones derivadas del modelo, a la persona (relacionada con la Autotrascendencia), al entorno (relacionado con la vulnerabilidad), y a la salud (relacionada con el Bienestar)⁷. En este sentido, esta teoría define a la Vulnerabilidad, como la conciencia de la mortalidad y la posibilidad de vivenciar situaciones

complejas y difíciles en la cotidianidad⁷. De igual modo, la Autotrascendencia se refiere a las variaciones multidimensionales que las personas sienten y perciben, es decir, externamente (con otros y con el entorno), internamente (a través de ideales, valores y puntos de vista) y temporalmente (combinando presente con el pasado y el futuro). Por ello, la autotrascendencia, es la capacidad de extender los límites «transpersonales» permitiendo al ser humano conectarse con algunas dimensiones que están más allá del universo perceptible. En otras palabras, la autotrascendencia puede reflejarse mediante conductas y expectativas como compartir momentos de sabiduría con otras personas, aceptar los cambios biológicos propios de vejez y el pasar de los años, reconocer a la muerte como parte del ciclo vital y hallar un significado espiritual en la vida. Por último, el Bienestar revela la integralidad de un sentimiento saludable y equilibrio de las múltiples dimensiones del ser y el hacer⁷.

Reed asume la búsqueda de un cuidado integral proporcionado por el personal de enfermería, y formula su Teoría de la Autotrascendencia⁶, constituyendo al término espiritualidad como un indispensable recurso para el afrontamiento de un suceso o acontecimiento que origine aumento de la conciencia de la mortalidad. También, sugiere que la espiritualidad está relacionada con la predisposición para elaborar significados mediante un sentido de nexo con un ser o ente de mayor naturaleza, o aceptando la presencia de un supremo fin o propósito, que es superior a la persona misma. Por ello, propuso que hablar de espiritualidad es una vivencia sobresaliente del ser humano, destacada en el desarrollo de la vida y en instantes donde se eleva la conciencia sobre la muerte y la enfermedad. Por tanto, la persona humana es un ser holístico compuesto por distintas dimensiones, entre ellas la dimensión espiritual, la cual se considera importante en el manejo de situaciones estresantes. Toda persona es espiritual y tiene una forma distinta de manifestarlo, de tal forma que esta cualidad mejoraría la capacidad de autotrascender influyendo de manera significativa en el proceso de adaptación y aceptación del acontecimiento que está generando dicho estrés. Y, trascender o trascendencia (de trans, más allá, y scando, escalar) significa movilizarse de un ámbito a otro, esquivando los límites que interfieren. A partir de una opinión filosófica, la definición de trascendencia introduce la idea de algo superior. Es decir, el trascender representa la acción de «sobresalir». Reed en su teoría, hace énfasis en que, al finalizar los procesos, el individuo debe ser capaz de reconocer y darle importancia a su trascendencia, producto del equilibrio en su espiritualidad con las otras dimensiones humanas.

En el marco de esta teoría⁶ la espiritualidad es definida dentro de una esfera relacionada con un factor personal y que se contextualiza con las relaciones en el proceso de autotranscendencia, entendiendo a ésta, como una percepción más allá de lo natural sobre uno mismo y el mundo. La espiritualidad, aporta e influye de manera positiva o negativa sobre el bienestar. Del mismo modo, la perspectiva espiritual⁹ se refiere a una visión muy personal e íntima que motiva a encontrar un significado en la vida humana. A través de la interrelación con algo o alguien mayor que el mismo ser, que trasciende el yo y lo fortifica. Los sentidos de interrelación pueden ser intrapersonal, donde el individuo se relaciona consigo mismo; interpersonal, donde el ser humano actúa con el entorno, con el universo, con los otros y con la naturaleza que lo rodea; o transpersonal, donde la persona experimenta una vivencia mayor, entablando una relación con un ser trascendente o con una fuerza suprema.

En tercer lugar, haremos énfasis en la definición de términos básicos que nos ayudarán a comprender esta investigación. Primero, apreciamos la definición de persona humana. Al respecto, Ledesma¹⁴ afirma que el hombre es la unión de dos aspectos insolubles: un cuerpo físico y un alma espiritual. El hombre es un sujeto un sujeto espiritual (por orden natural), porque solo el ser humano posee el don de la inteligencia y el don de la voluntad, dos dimensiones que lo hacen diferente a los seres de otras especies. También, afirma que la persona es racional, por tanto, posee conciencia y autoconocimiento. Es el mismo ser humano quien se descubre por sí solo y en sí mismo, y entiende el fin último de constituirse como una unidad material y espiritual, en cuanto tal, orientada a un fin superior. De esta primera definición podemos enfatizar en el siguiente enunciado: «el hombre es espiritual por naturaleza», porque posee características biológicas y emocionales que lo posicionan como un ser con inteligencia, voluntad y facultades espirituales inmanentes.

Según Parse, citado por Marriner, las personas humanas son la fuente principal de la esencia y existencia de Enfermería¹⁵. La diada principal de esta ciencia está formada por cuidadores (enfermeros) y seres que necesitan cuidados (pacientes hospitalizados o ambulatorios y familiares). Por lo que resulta indispensable entender las definiciones del ser humano, para posteriormente analizar sus dimensiones, indiscutiblemente, la espiritual. Por último, debe comprenderse que el hombre es el principal sujeto de cuidado del profesional de enfermería, y por tal motivo, por sobre todas las cosas, debemos constituirlo como algo o alguien indivisible, sin propiciar su concepción desde los paradigmas antiguos o

desfasados, donde se le partía por órganos o sistemas, considerándolo pasivo, paciente o como un simple objeto en estudio.

Del mismo modo, en casos de trastornos o afecciones cardiovasculares, surgen sensaciones y reacciones relacionadas con el miedo a la muerte, el deseo de obtener un acercamiento personalizado con un dios, el temor de abandonar a los familiares y seres queridos, y también el miedo de presentar complicaciones graves que representan mayores afectaciones en la salud¹⁶. Por ello, debemos considerar el grado de compromiso espiritual y/o emocional, lo que afectaría significativamente en el ser humano y en su entorno familiar. Las afecciones cardíacas¹⁷ avivan en los pacientes, ciertas actitudes que manifiestan temor, depresión, negación, angustia, incertidumbre, pero sobre todo miedo a la pérdida del control. Particularmente, estas enfermedades cardiovasculares, simbolizan potenciales fuentes de ansiedad y estrés físico, psicológico y espiritual, puesto que, el corazón figura un órgano al que se le otorga una cualidad de supremacía sobre otros órganos del cuerpo humano³. De este modo, se deja entrever que esta es una de las razones fundamentales por la cual, el personal de enfermería debe priorizar la atención de las necesidades espirituales en aquellas con afecciones de esta índole.

Continuamos analizando a la espiritualidad, como una situación personal con un ser trascendente, es decir, podría constituirse en una relación personal con lo que no puede visualizarse, pero existe¹⁸. Al respecto, Ledesma¹⁴ afirma que un sujeto intelectual exige una actividad espiritual y se relacionan entre sí. Por lo tanto, la persona entiende, piensa, razona y ama, por lo que se considera que existe, y si existe, es espiritual, de acuerdo a los principios objetivos aceptados por libre albedrío por el hombre mismo. Según lo referido, el ser humano posee la capacidad del conocimiento y por ello, realiza acciones morales que lo posicionan como un individuo biológico, pero también, personal y espiritual. El hombre, visto desde una perspectiva espiritual, es real y subsistente, es indivisible, es uno y único según su naturaleza.

En este sentido, el sujeto espiritual es personal, puesto que posee raciocinio, voluntariedad y otras facultades que componen la unidad a la que llamamos espíritu¹⁹. Por ello, en términos globales, la espiritualidad conforma los ideales filosóficos con relación a la vida misma y a su propósito, y posee la supremacía para dar un significado y forma al ser, saber y hacer, lo que se puede contemplar como un estímulo unificador, como una guía

íntima para el bienestar del ser humano²⁰. Además, la espiritualidad¹⁸ es una potencia unificadora que incorpora y se extiende sobre las dimensiones personales, sociales, culturales, biológicas y emocionales, motivando al ser para hallar un significado y propósito certero en su vida.

Del mismo modo, es necesario definir al cuidado espiritual²⁰, dirigido por el personal de enfermería y es contemplado a partir de la percepción única, holística y trascendente. Son las enfermeras y enfermeros quienes utilizan como estrategia a la espiritualidad para establecer dentro del cuidado humano, un conjunto de interrelaciones profundas, armoniosas y sobre todo terapéuticas, permitiendo al binomio persona cuidada y enfermera, conocerse y reconocerse dentro de las fases del cuidado como protagonistas que participan activamente en la búsqueda de una común finalidad: la adaptación.

En la SPS, las Prácticas Espirituales están medidas por cuatro preguntas que entizan en los hábitos, costumbres y prácticas relacionadas con asuntos espirituales. En este sentido, Gonzáles²¹ refiere que un avance espiritual podría conseguirse elaborando acciones que conlleven a prácticas espirituales. Fundamentalmente, estas son: elevación de plegarias y oraciones a fin de lograr un mayor acercamiento a dios, ofrecimiento de sacrificios, reconciliación con el ser supremo y finalmente, fortalecimiento de la esperanza mediante la fe y la devoción.

Al respecto, Sánchez H²² anuncia que el hombre es un ser único y lo que lo hace diferente a otras especies, son sus rasgos, actitudes y aptitudes. El hombre vive inmerso en un entorno (medio ambiente), donde examina sus recursos para establecer una relación integral y armoniosa entre sus dimensiones. El hombre según el autor, es funcional en torno a la totalidad de su ser, y la espiritualidad forma parte indisoluble de aquella totalidad, sin embargo, es compleja por un naturaleza variable e intangible. Complejidad que se manifiesta como juicios de valor, pensamientos, emociones y sentimientos con áreas no materiales de la vida. La SPS considera como punto de partida a la alusión de asuntos espirituales cuando se está hablando con la familia. Como seres humanos complejos, buscamos constantemente el equilibrio de todas nuestras dimensiones, buscamos armonía, paz interior, y de cierta forma todo ello conlleva a la interiorización de aspectos espirituales. Mencionar estos asuntos en el ámbito familiar es necesario y forma parte del cuidado de la espiritualidad.

La lectura de material espiritual enriquece el sentido de espiritualidad. No necesariamente deben ser materiales visuales de contenido religioso. Sino contenido que agrade, que llene, que vivifique y que nos motive a encontrarle el verdadero sentido a la vida; a sentirnos útiles y únicos en esta vida terrenal, y a tener conciencia de la mortalidad y a la vez de la autotranscendencia del hombre. Y, la meditación es definida como la «acción donde se aplica intensamente las reflexiones y los pensamientos en torno a una cosa, considerando al pasado, al presente y al futuro como potenciales vivencias y fuentes de conocimiento».

Del mismo modo, al igual que la meditación, la oración es fundamental. Juan Pablo II²³, proclamó que orar significa entablar una conversación interna con dios, contándole todo lo que nos preocupa, pero también, significa escuchar y quedarse callado para escuchar lo que él nos quiere transmitir. Del mismo modo, el Catecismo de la Iglesia Católica²⁴ agrega la conceptualización de Santa Teresita del Niño Jesús. Ella nos dice: “Para mí, la oración es un impulso del alma y el corazón, una simple visión dirigida hacia el cielo”. En concordancia, Rodrigues A.²⁵ enuncia que se ha identificado tanto a la meditación como a la oración como dos recursos que producen paz y tranquilidad de manera interna. Esto genera ayuda en la pronta recuperación de la salud y ambas son consideradas tratamientos terapéuticos de la mente y el espíritu, donde se ha estudiado que el empleo de la esperanza y la oración, influyen de manera representativa en la disminución del dolor físico y emocional, así como en el control del estrés y la ansiedad.

Las prácticas religiosas y espirituales²⁶ se realizan de manera personal o individual (oración o rezo) y también de manera colectiva (lugares de adoración, grupos de oración, acompañamiento). Logrando proveer al ser humano de un crecimiento en la parte espiritual que lo conduce a obtener sus propósitos de vida. Además, Ellison²⁷ sustenta que, cuando el hombre experimenta sentimientos de armonía interna que lo relaciona con otros y con su propio ser, mantiene un nivel de bienestar espiritual de orden natural elevado.

Por otro lado, sabemos que las creencias religiosas y espirituales contribuyen de manera significativa sobre el bienestar biológico, social y emocional de las personas. Pero no solo es suficiente creer, sino también realizar prácticas espirituales. Al respecto, García López²⁸ ratifica que la espiritualidad del alma de los seres humanos está determinada por sus propias actuaciones, esto significa que, por el intelecto y la cognición el hombre tiene la capacidad de abrirse a las realidades espirituales. Así, el ser humano realiza operaciones espirituales y

por ello, es un ser espiritual, y al final, inmortal. En este sentido, se conoce que el perdón es indispensable para los seres humanos de naturaleza espiritual. Es definido como la capacidad de liberarse de errores, heridas o actitudes negativas, así de los sentimientos de culpa y sensaciones de pérdida. El perdón da inicio al proceso de sanación y desecha el rencor y el resentimiento. No obstante, es una actividad compleja, generalmente, el hombre tiende a complicarse cuando se trata de otorgar el perdón a los otros, incluso a sí mismo²⁹. Es importante para las enfermeras y enfermeros ser conscientes de identificar las necesidades espirituales de los pacientes hospitalizados, pues muchos de ellos, revelan aspectos íntimos de sus vidas y solicitan a los profesionales una guía espiritual que los ayude o aconseje. Asimismo, es importante resaltar que los familiares de los pacientes que viven con alguna afectación cardiovascular representan el rol de agentes de cuidado natural y es su labor, mantener acciones familiares que motiven al amor y al perdón entre sus integrantes.

De igual modo, Lackey³⁰ nos dice que la espiritualidad se figura como algo grande, más grande que la persona misma y le otorga sentimientos de significado y propósito a la vida humana. La espiritualidad solo puede ser concebida de manera personal por cada ser humano. Al respecto, Reed tiene en cuenta que debemos utilizar a la espiritualidad como instrumento de guía interna para la toma de decisiones, no solo espirituales ni religiosas, sino en otros aspectos de nuestra vida personal y social. De acuerdo con esto, Pinto³¹ expresa que las tareas del hombre con relación a su espiritualidad generalmente incorporan el descubrimiento de significados y esperanza de exista una vida más allá de la muerte; por lo que resulta necesaria la intervención oportuna de las enfermeras y enfermeros que manifiesten prácticas idóneas y afianzadas creencias espirituales que puedan transmitirse o trascender sobre las personas que están bajo sus cuidados. Al respecto, Price³² se refiere a la persona humana en seres dinámicos que se autorreflejan y anhelan una fuerte conexión con los otros. Por ello, la vida espiritual concede al hombre, hallarse adherido a una notable fuente relacionada con las sensaciones de misterio, creatividad, serenidad y bondad³³. En concordancia, podemos decir que la espiritualidad es una fuerza de unión que trasciende sobre las dimensiones ya conocidas, y motiva al ser humano para encontrar un propósito vital que lo vincula con un ser superior.

También, el ser humano desde la era primitiva se ha visto involucrado en hechos que le hacían pensar en la supremacía de un ser o ente más fuerte y poderoso que él. Desde los inicios de la vida en la tierra, el hombre ha sentido una presencia superior y ha tratado de

confraternizar e intimar con ella. De acuerdo, Rankin³⁴ define experiencias y vivencias espirituales de manera única y reflejadas en la fe con la naturaleza, con dios y con el hombre mismo, integrando a todas las dimensiones humanas a fin de lograr la tan ansiada trascendencia. Ante lo mencionado, Reed considera que la creencia en un ser supremo es parte importante de las creencias espirituales, lo que va a determinar una perspectiva espiritual alta, según la SPS.

Por lo tanto, Ibáñez³⁵ anuncia que la persona humana es por orden natural la unión de algo corporal y algo espiritual. De acuerdo a Reed⁶, es indispensable labor de enfermería para lograr a la espiritualidad como medida de afrontamiento que afiance esa dualidad y no se debiliten las partes integrantes. Además, Pérez B²⁰ reitera que las enfermeras y enfermeros deben basar sus cuidados en el precepto del holismo y el humanismo. El profesional de enfermería debe propiciar escenarios a fin de lograr que las personas cuidadas se expresen, sientan, se preocupen por el hoy y por el futuro. Del mismo modo, es indispensable la motivación para la exteriorización de las creencias espirituales o religiosas, así como sus perspectivas, percepciones, opiniones y sensaciones para poder hacer frente a las diversas situaciones que acomplejan su bienestar y su estado de salud mental o físico. En este sentido, cuando pensamos en afrontamiento, nos trasladamos a pensar en cualquier actividad que el hombre ejecute (de manera conductual o de manera cognitiva) con el objetivo de enfrentarse a un acontecimiento concreto. Por lo tanto, debemos comprender que los recursos de afrontamiento de los pacientes que sufren alguna afección cardiovascular están integrados por interpretaciones, conductas, aptitudes y pensamientos que el hombre mismo emplea para la consecución de objetivos con efectos positivos.

$p = \text{probabilidad de ocurrencia o de éxito} = 0.5$

$q = \text{probabilidad de no ocurrencia o de fracaso} = 0.5$

$E = \text{margen de estimación de error al } 5\% = 0.05$

Sustituyendo los valores en la fórmula, se consiguió el siguiente resultado:

$$n = \frac{1.962 \times 0.5 \times 0.5 \times 135}{134 \times 0.052 + 1.962 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{3.8416 \times 0.5 \times 0.5 \times 135}{134 \times 0.0025 + 3.8416 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{129.654}{0.335 + 0.9604} = \frac{129.654}{1.2954}$$

n = 100.08

Con relación a la técnica de muestreo, se usó el muestreo no probabilístico, en el cual se escogió a los sujetos para la investigación, atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión formulados por la investigadora, en un período de 3 meses (período de ejecución).

Durante la recolección de datos se recurrió al uso de dos instrumentos, en primer lugar, se utilizó una encuesta sociodemográfica elaborada por la investigadora (ver anexo 2), con la finalidad de organizar y analizar los datos según sexo, edad, grado de instrucción, estado civil y tiempo de hospitalización. Y, el segundo instrumento fue la «Escala de Perspectiva Espiritual (SPS)» (ver anexo 3), propuesta por Pamela Reed⁷; esta herramienta permitió medir el nivel de autoconocimiento relacionado con un sentido de interconexión con un alguien o un ser de naturaleza suprema. Este instrumento se basó en la concepción del término espiritualidad. La SPS constó de 10 ítems, que midieron las prácticas y las creencias en lo que respecta a su espiritualidad de los sujetos participantes. Los ítems se puntuaron con una escala Likert (6 puntos) siendo la puntuación total 60, esto quiere decir, que el nivel de perspectiva espiritual y la

puntuación son proporcionales de manera directa, es decir, a mayor puntaje, mayor espiritualidad de la persona encuestada.

A continuación, se muestra la clasificación del Nivel de Perspectiva Espiritual, diferenciándolo en ALTO, MODERADO y BAJO.

50 – 60 puntos.	Nivel de Perspectiva Espiritual ALTO .
35 – 49 puntos.	Nivel de Perspectiva Espiritual MODERADO .
Menor de 35 puntos.	Nivel de Perspectiva Espiritual BAJO .

En lo que respecta a los ítems de la SPS⁷, los cuatro primeros corresponden a las prácticas espirituales y se contestan con los seis criterios siguientes: nunca (1), menos de una vez al año (2), más o menos una vez al año (3), más o menos una vez al mes (4), más o menos una vez a la semana (5) y más o menos una vez al día (6), siendo la máxima puntuación (24). Las preguntas del cinco al diez conciernen a las creencias espirituales y se contestan de acuerdo a los criterios siguientes: extremadamente en desacuerdo (1), desacuerdo (2), en desacuerdo más que en acuerdo (3), de acuerdo más que en desacuerdo (4), de acuerdo (5) y extremadamente de acuerdo (6), siendo el máximo puntaje (36). De esta manera se logró decretar si la espiritualidad está fragmentada y debilitada, o, por el contrario, si se encuentra vigorizada y fortificada.

Es importante resaltar que la autora del instrumento, Pamela Reed, autorizó la utilización del mismo, mediante un comunicado vía electrónica (ver anexo 5).

Enseguida, al obtener los datos significativos se integraron en una matriz base en el programa Microsoft Excel. Después se procesaron en un paquete estadístico SPSS 20.0, con el cual se desarrolló la estadística descriptiva de las variables sociodemográficas: frecuencias, medidas de tendencia central, descriptivos, tablas de contingencia, gráficos estadísticos, etc. Luego se realizó el procesamiento de los 100 cuestionarios aplicados, mediante el análisis descriptivo de las frecuencias por cada ítem, también las medidas de tendencia central y de dispersión de los datos hallados. A su vez se recurrió al cálculo de varianzas y coeficientes de correlación para llegar al coeficiente de alfa de Cronbach, lo que fue útil para validar el instrumento y verificar la fiabilidad de la escala de medida. Por último, los resultados fueron ordenados en gráficos y tablas estadísticas, adicionando

la interpretación, discusión y contrastación con el contenido de la literatura para la presentación final de esta investigación.

Por otro lado, Guba³⁹ planteó los siguientes criterios de rigor científico: valor de verdad (mediante la validez interna), aplicabilidad (a través de la validez externa), consistencia (fiabilidad interna) y neutralidad (objetividad). Durante la investigación se tuvieron en cuenta los cuatro criterios de rigurosidad. El valor de verdad aplicado cuando se demuestra confianza en la veracidad de los resultados, lo cual responde con una corroboración verdadera de la información, y también mediante la coherencia metodológica representada por el respeto a los pasos ordenados del procedimiento investigativo y la interpretación estadística de los datos. La aplicabilidad está representada por la transferencia de los resultados a otros contextos similares. Además, la prueba de hipótesis y la validación en el contexto peruano de la Escala de Perspectiva Espiritual-SPS permitieron demostrar coherencia, consistencia (fiabilidad interna) y objetividad en el proceso. Por último, es importante resaltar que la investigación estuvo exenta de la influencia de la perspectiva y motivaciones de la investigadora, aplicando así el cuarto principio: neutralidad.

También fueron considerados los principios éticos de Elio Sgreccia⁴⁰. Principio de defensa de la vida física, principio de libertad y responsabilidad, principio de sociabilidad y subsidiaridad y el principio de totalidad. El primero fue aplicado en la investigación desde inicio a fin, teniendo en cuenta la premisa del respeto por el valor de la vida humana, enfatizando en la difusión de los resultados finales de la investigación. Además, no se efectuaron acciones que perjudicaran o representen un riesgo para la vida y/o la integridad de los participantes, o que directa o indirectamente violenten la dignidad personal. Del mismo modo, la aplicabilidad del segundo, estuvo constatado por la lectura, entendimiento y firma del formato del consentimiento informado (ver anexo 1). También, los sujetos en estudio tuvieron el libre albedrío de decidir cómo y cuándo dejar de colaborar en la investigación. Asimismo, la autora asumió de manera consciente y responsable el anonimato de los sujetos, guardando la confidencialidad de los datos proporcionados por ellos mismos. En tercer lugar, el principio de sociabilidad se aplicó con el compromiso de los participantes resaltando el bien común de sus semejantes. Este principio también se fundamentó en el enunciado que confirma que el hombre es por naturaleza social y no puede vivir solo ni aislado.

Indiscutiblemente necesita sentirse en permanente interrelación e interacción con otros y con su universo. En cuarto lugar y no menos importante, el principio de totalidad o terapéutico fue aplicado considerando al hombre como un ser total, que vive armónicamente cuando todas sus dimensiones están bien direccionadas, fin último y contribuyente de la investigación.

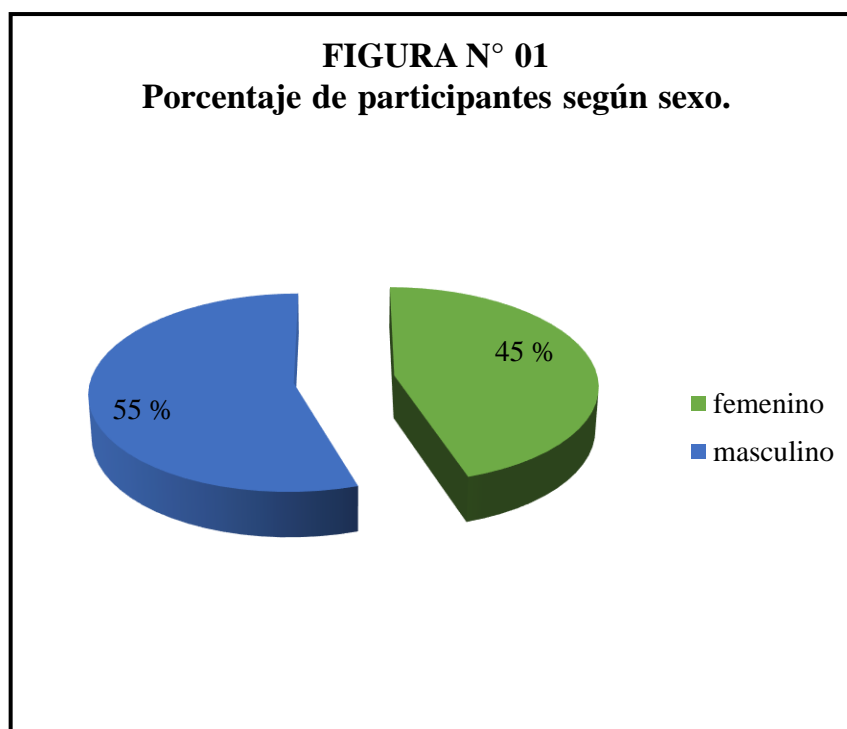
IV. Resultados

Los resultados para el análisis y la discusión del problema en estudio se presentan a continuación en 3 apartados, los cuales responden ordenadamente a los objetivos de la investigación.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS O AFECCIONES CARDIOVASCULARES:

Se exhiben los resultados de investigación que responden al objetivo específico número uno: Describir las características sociodemográficas de las personas con afecciones cardiovasculares pertenecientes al Servicio de Cardiología-Cirugía de Tórax y Cardiovascular. Estas características incluyen: sexo, edad, grado de instrucción, estado civil y período de hospitalización.

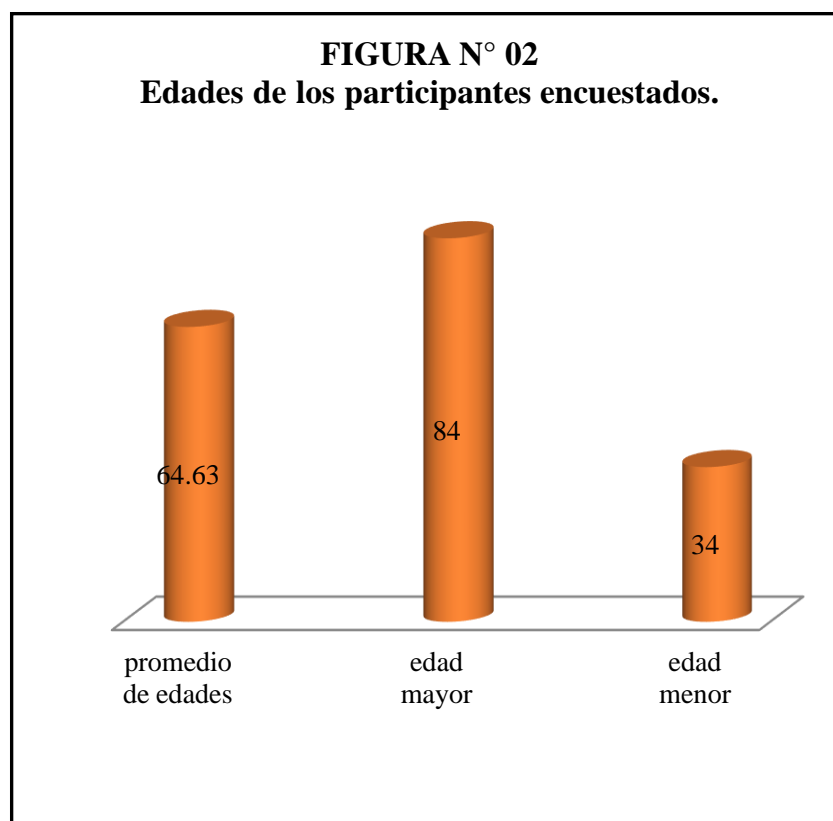
La FIGURA N° 01 muestra la distribución del porcentaje de los participantes encuestados según su sexo, de los cuales el 55 % son varones y 45 % son mujeres. En concordancia con las estadísticas en los ámbitos local, nacional y mundial, revela que el mayor porcentaje de personas que padecen trastornos o afecciones cardiovasculares son de sexo masculino. Con relación, el Instituto del Corazón de Texas⁴¹ afirma que, los varones poseen un mayor riesgo de padecer afecciones cardiovasculares como un ataque o enfermedad del corazón, con relación a las mujeres.



Fuente: Cuestionario sobre variables sociodemográficas. Servicio de Cardiología-Cirugía de Tórax y Cardiovascular del HNAAA, Chiclayo-2016.

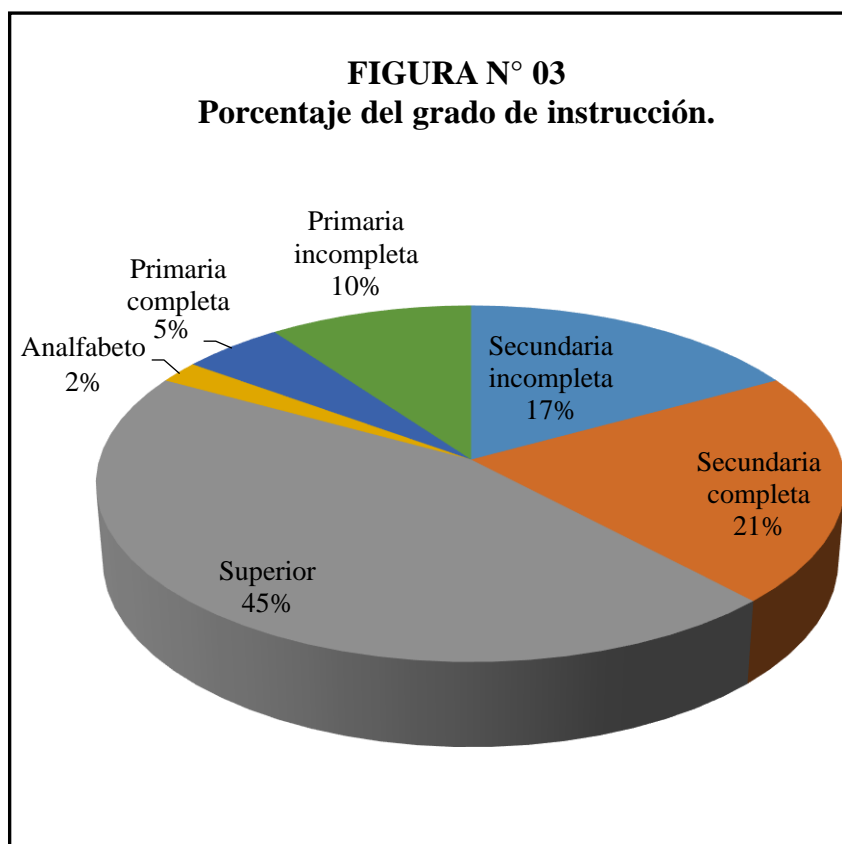
Con relación a la variable edad, la FIGURA N° 02 refleja sintéticamente la edad promedio, la edad mayor y menor de los participantes. En este caso, el promedio de edades es 65 años.

Además, del análisis estadístico se identificó una mediana de 65, siendo el valor central en la gráfica de distribución de las edades de los participantes. Y una moda de 58, que refleja a la edad más frecuente entre los sujetos que padecen afecciones cardiovasculares.



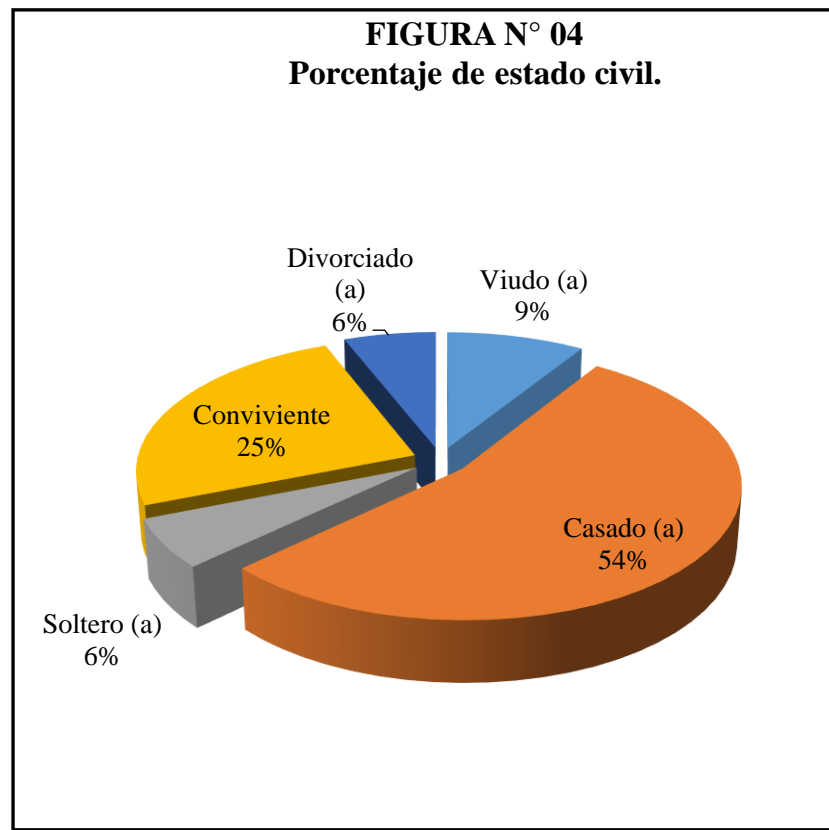
Fuente: Cuestionario sobre variables sociodemográficas. Servicio de Cardiología-Cirugía de Tórax y Cardiovascular del HNAAA, Chiclayo-2016.

Asimismo, la FIGURA N° 03 muestra la distribución en porcentajes acerca del grado de instrucción de los participantes encuestados. El 2 % representa al pequeño grupo de analfabetos, 5 % completaron la primaria frente al 10 % con primaria incompleta. Por otro lado, el 17 % poseen secundaria incompleta mientras que el 21 % secundaria completa. Finalmente, el nivel superior ocupa el mayor porcentaje con 45 %. La importancia del análisis del grado de instrucción de los participantes es fundamental porque la educación forma y formará parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Además, puede representar un factor determinante en la educación en salud y en el nivel de conocimientos. Actualmente, existen estudios en los que se concluye que el grado de instrucción⁴² o el nivel académico influye significativamente en el autocuidado, en la percepción de las enfermedades y en la toma de decisiones importantes en áreas de la salud, ya sea colectiva o individual.



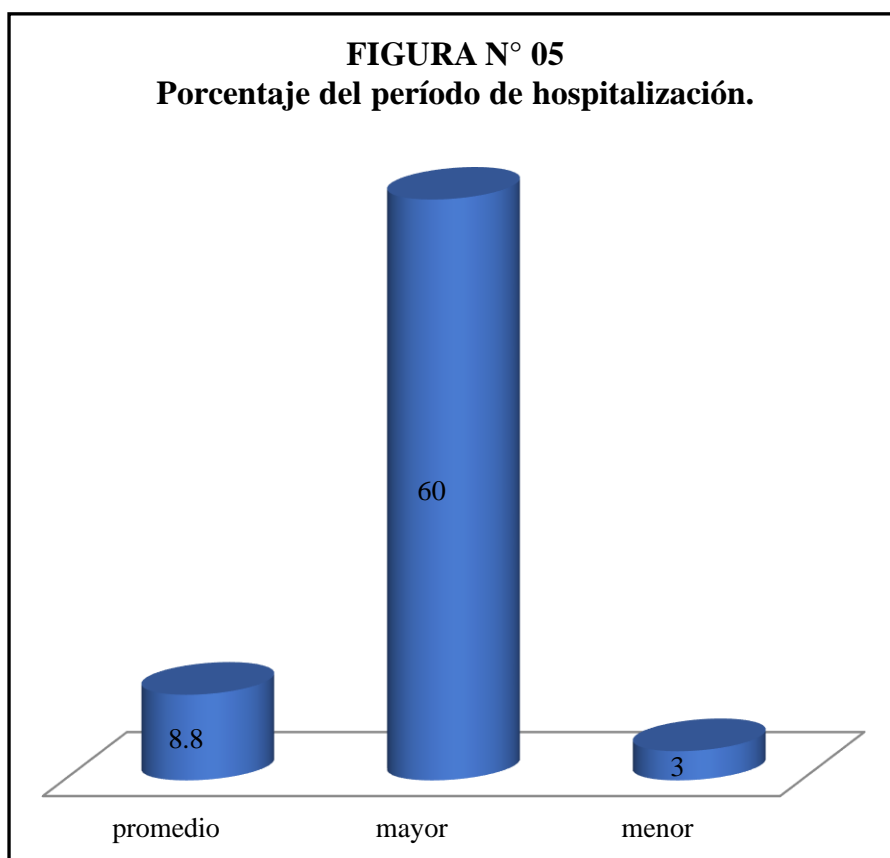
Fuente: Cuestionario sobre variables sociodemográficas. Servicio de Cardiología-Cirugía de Tórax y Cardiovascular del HNAAA, Chiclayo-2016.

La FIGURA N° 04 refleja la distribución del porcentaje de estado civil de las personas en estudio. Se interpreta que la frecuencia mayor pertenece a casado (a) con 54 %. El 25 % son convivientes, viudos 9 %, y divorciados con solteros ocupan un mismo porcentaje con un 6 %.



Fuente: Cuestionario sobre variables sociodemográficas. Servicio de Cardiología-Cirugía de Tórax y Cardiovascular del HNAAA, Chiclayo-2016.

La FIGURA N° 05 resume los datos numéricos más importantes, entre los que destacan el promedio del período hospitalario con 8.8 días, redondeando a 9 días. Siendo 60 días la estancia hospitalaria mayor, y 3 días la menor.



Fuente: Cuestionario sobre variables sociodemográficas. Servicio de Cardiología-Cirugía de Tórax y Cardiovascular del HNAAA, Chiclayo-2016.

ESPIRITUALIDAD EN LOS PACIENTES CON TRASTORNOS O AFECCIONES CARDIOVASCULARES:

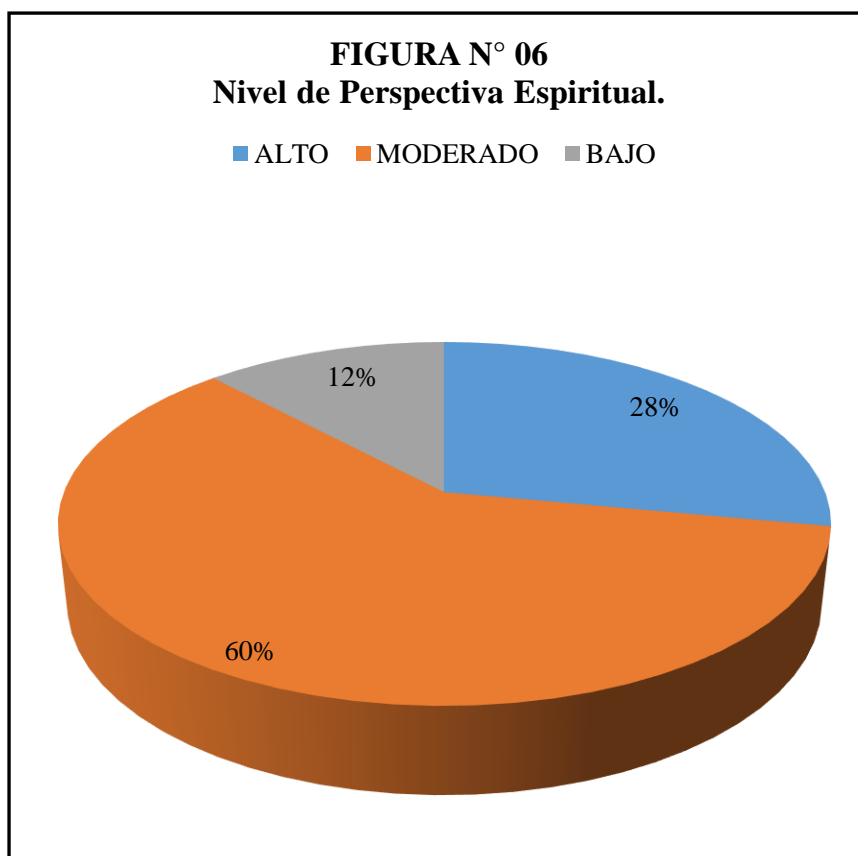
Este segundo apartado responde al objetivo general de la investigación: determinar el nivel de espiritualidad en personas con afecciones cardiovasculares, en el servicio de Cardiología-Cirugía de Tórax y Cardiovascular del HNAAA-Chiclayo.

Y a los siguientes objetivos específicos: describir las prácticas espirituales de las personas con afecciones cardiovasculares y describir las creencias espirituales de las personas con afecciones cardiovasculares.

A. NIVEL DE ESPIRITUALIDAD EN LAS PERSONAS CON AFECCIONES CARDIOVASCULARES:

La FIGURA N° 06 muestra el nivel de Perspectiva Espiritual según Reed, medido a través de la SPS, aplicando un cuestionario de 10 ítems a 100 personas que presentaron un trastorno cardiovascular.

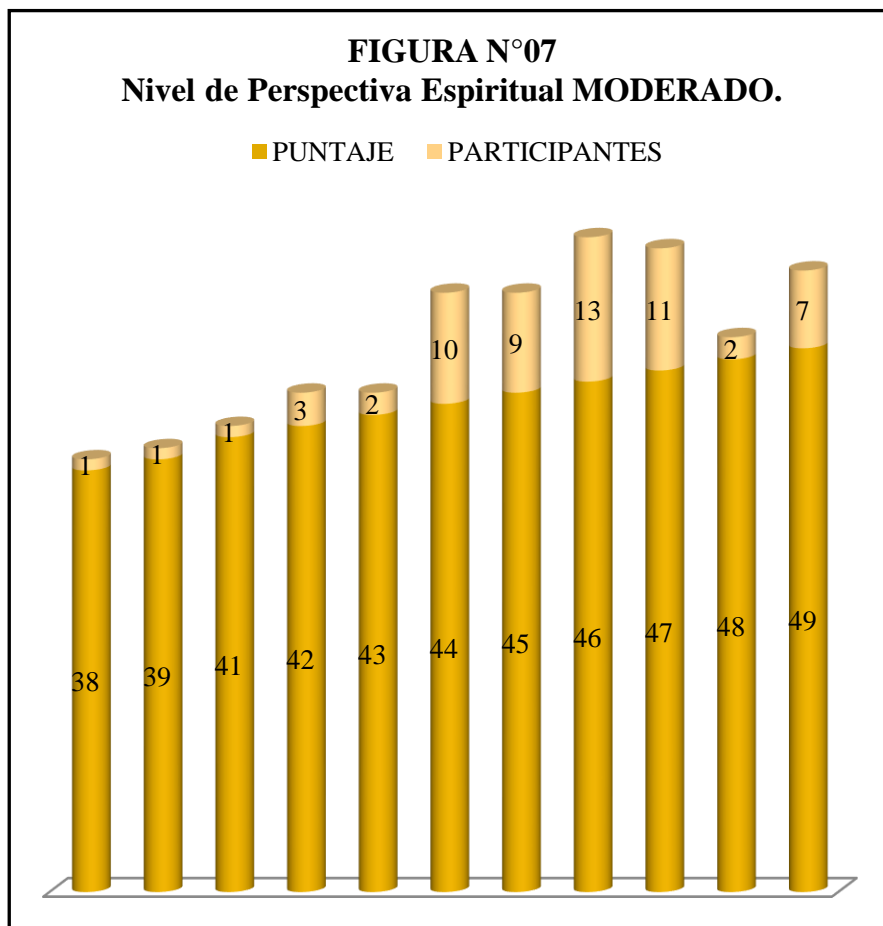
Se presenta el nivel de Perspectiva Espiritual de los participantes con afecciones cardiovasculares; identificando que el 60 % muestran un nivel espiritual moderado, seguido por el 28 % de un nivel alto y finalmente el 12 % con un nivel espiritual bajo.



Fuente: SPS. Servicio de Cardiología-Cirugía de Tórax y Cardiovascular del HNAAA, Chiclayo-2016.

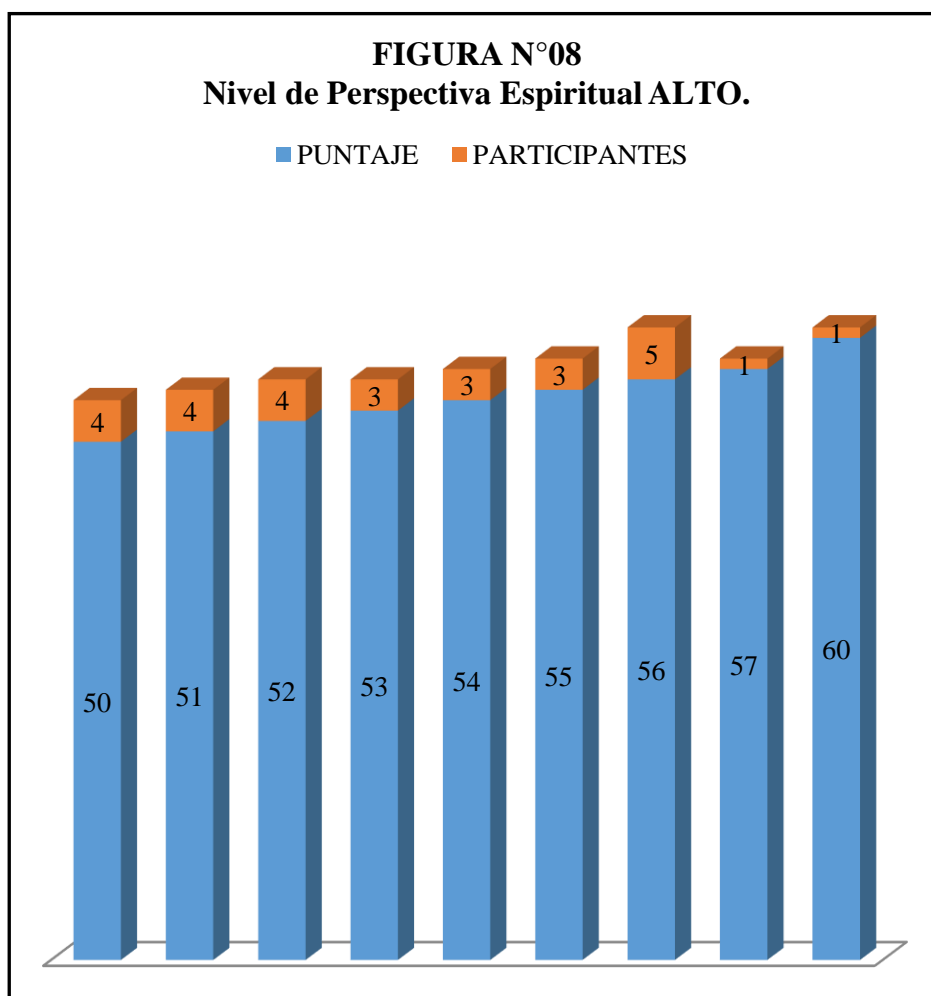
Continuando con la presentación de datos, se presentarán 3 gráficos que muestran detalladamente la relación entre los participantes y sus puntajes finales, dentro de los parámetros a considerar por la SPS.

La FIGURA N° 07 detalla el nivel de perspectiva espiritual MODERADO, detallando los puntajes finales con la cantidad de participantes. El total de participantes con nivel espiritual moderado fueron 60, siendo el 60 % representativo del total.



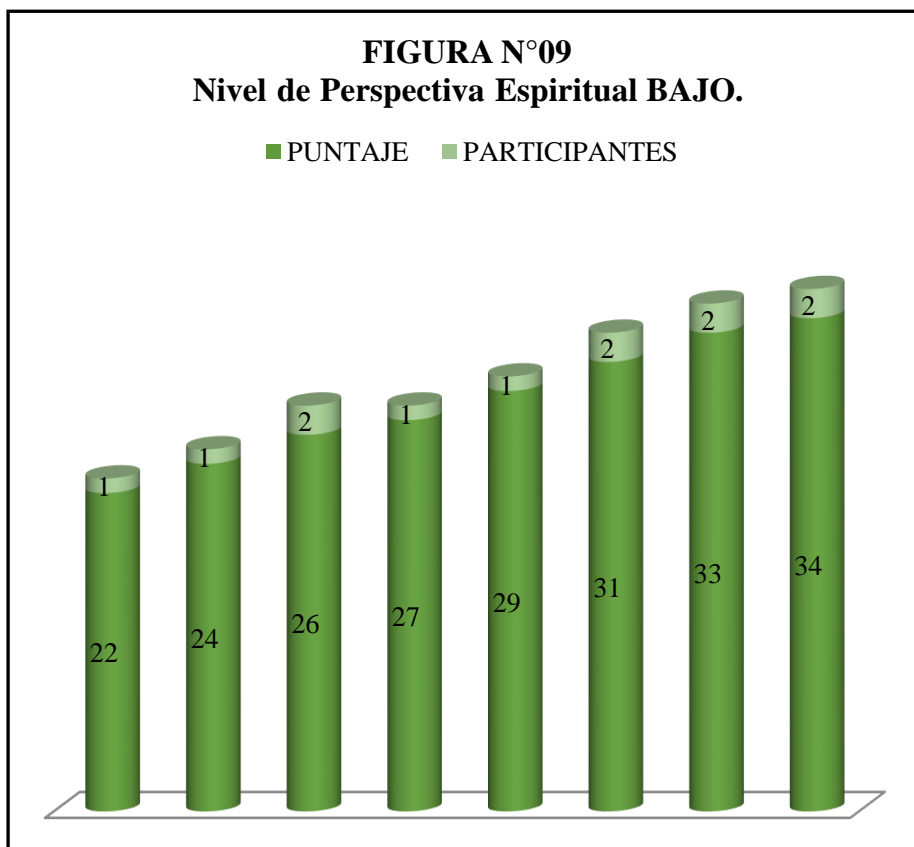
Fuente: SPS. Servicio de Cardiología-Cirugía de Tórax y Cardiovascular del HNAAA, Chiclayo-2016.

La FIGURA N° 08 muestra el nivel de perspectiva espiritual ALTO detallando los puntajes obtenidos por ítem. El total de participantes con nivel espiritual alto fueron 28, representando al 28 % del total. Claramente, estas personas reflejan mediante la SPS, que han tenido en cuenta y siguen considerando a la espiritualidad como parte importante y vital en su autocuidado.



Fuente: SPS. Servicio de Cardiología-Cirugía de Tórax y Cardiovascular del HNAAA, Chiclayo-2016.

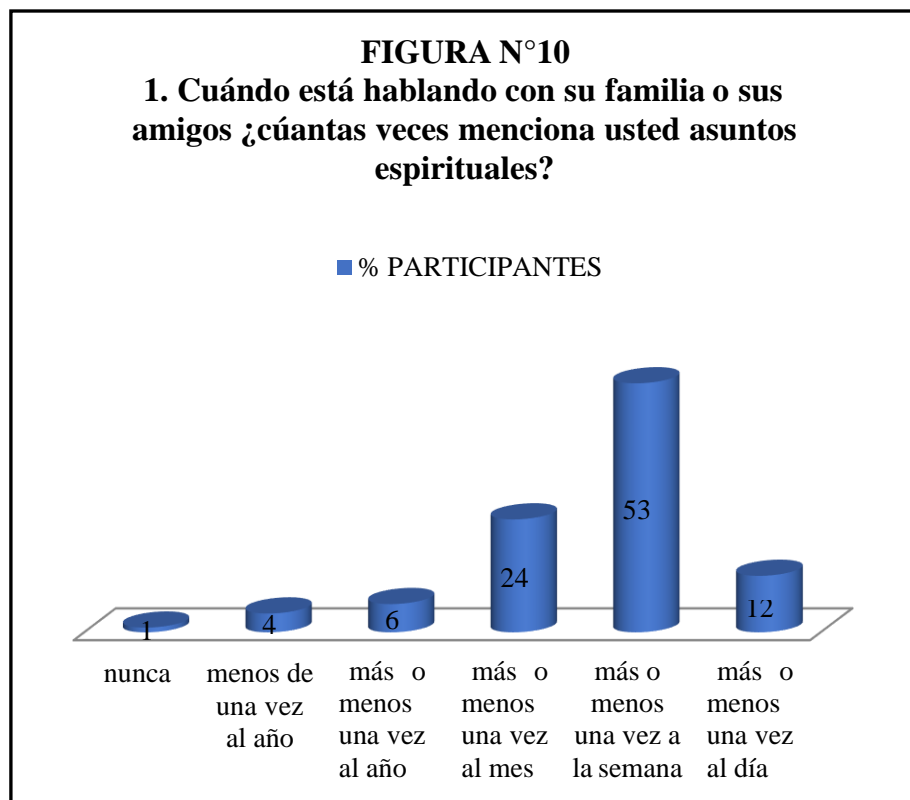
La FIGURA N° 09 especifica el nivel espiritual BAJO con los puntajes asignados por participante, representando al 12 % del total de encuestados. De cierta forma, refleja el porcentaje menor, pero es motivo para concientizar que aún se sigue descuidando al cuidado de la dimensión espiritual. ¿Hacia dónde se dirige la enfermera en sus cuidados?, ¿aún sigue cuidando bajo en enfoque biofísico? Interrogantes que podrían ser el punto de partida para las conclusiones y recomendaciones finales del estudio.



Fuente: SPS. Servicio de Cardiología-Cirugía de Tórax y Cardiovascular del HNAAA, Chiclayo-2016.

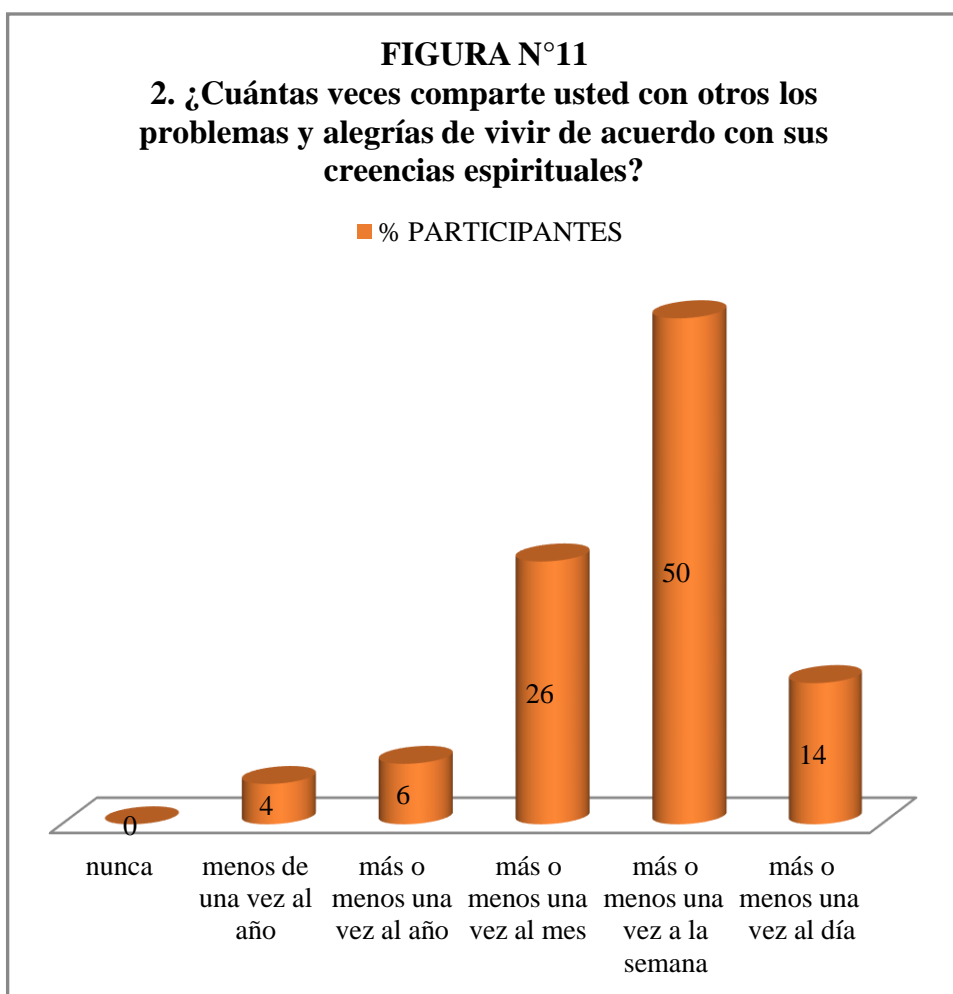
B. PRÁCTICAS ESPIRITUALES EN LAS PERSONAS CON AFECCIONES CARDIOVASCULARES:

La FIGURA N° 10 revela el porcentaje de participantes con relación a la primera pregunta. Identificando que el 53 % de participantes respondieron más o menos una vez a la semana mencionan asuntos espirituales cuando conversan con la familia o los amigos. A diferencia de un 1 % que seleccionó nunca.



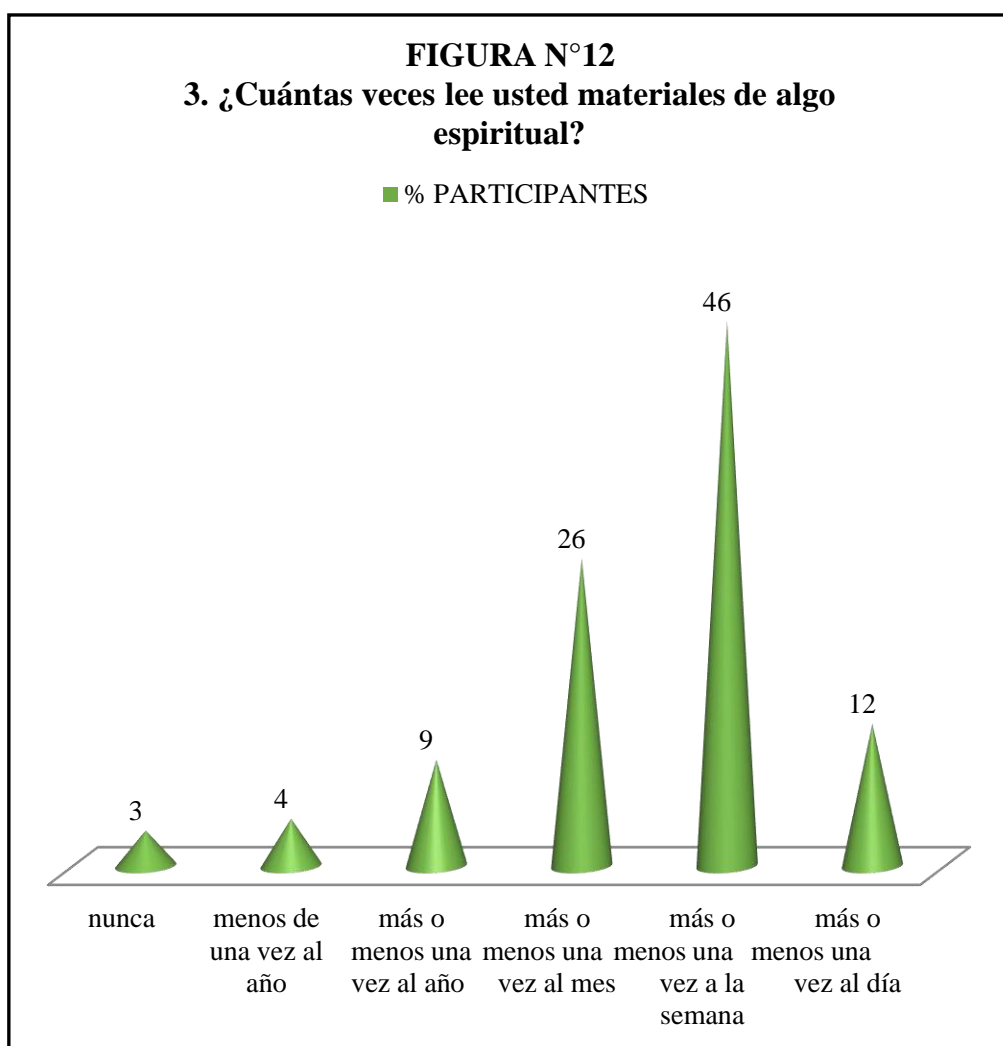
Fuente: SPS. Servicio de Cardiología-Cirugía de Tórax y Cardiovascular del HNAAA, Chiclayo-2016.

La FIGURA N° 11 muestra el porcentaje de participantes en relación a la segunda pregunta. Encontrando que el 50% respondieron más o menos una vez a la semana comparten con otros los problemas y alegrías de vivir de acuerdo a sus creencias espirituales. A diferencia del 4% que respondió menos de una vez al año.



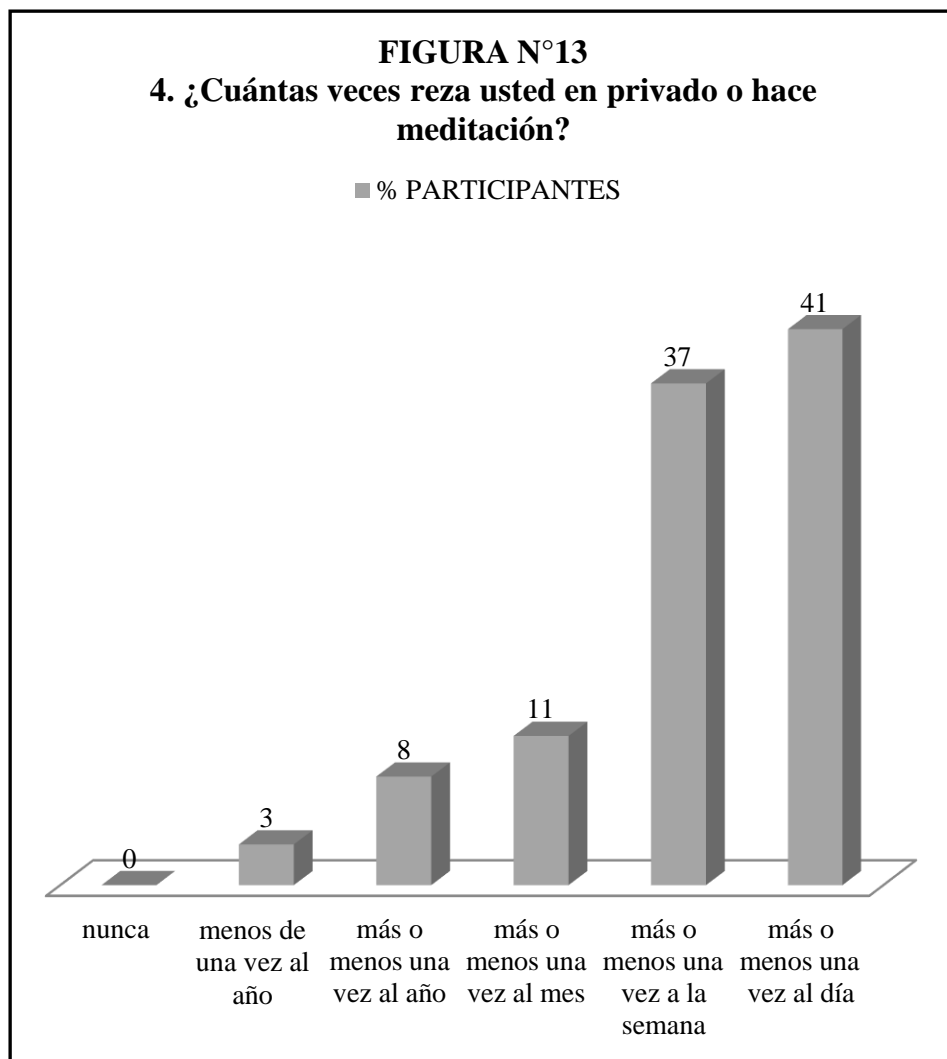
Fuente: SPS. Servicio de Cardiología-Cirugía de Tórax y Cardiovascular del HNAAA, Chiclayo-2016.

La FIGURA N° 12 muestra el porcentaje de participantes en relación a la tercera pregunta. Identificando al 46 % de participantes que respondieron más o menos una vez a la semana leen materiales de algo relacionado con lo espiritual. A diferencia del 3 % que respondió nunca.



Fuente: SPS. Servicio de Cardiología-Cirugía de Tórax y Cardiovascular del HNAAA, Chiclayo-2016.

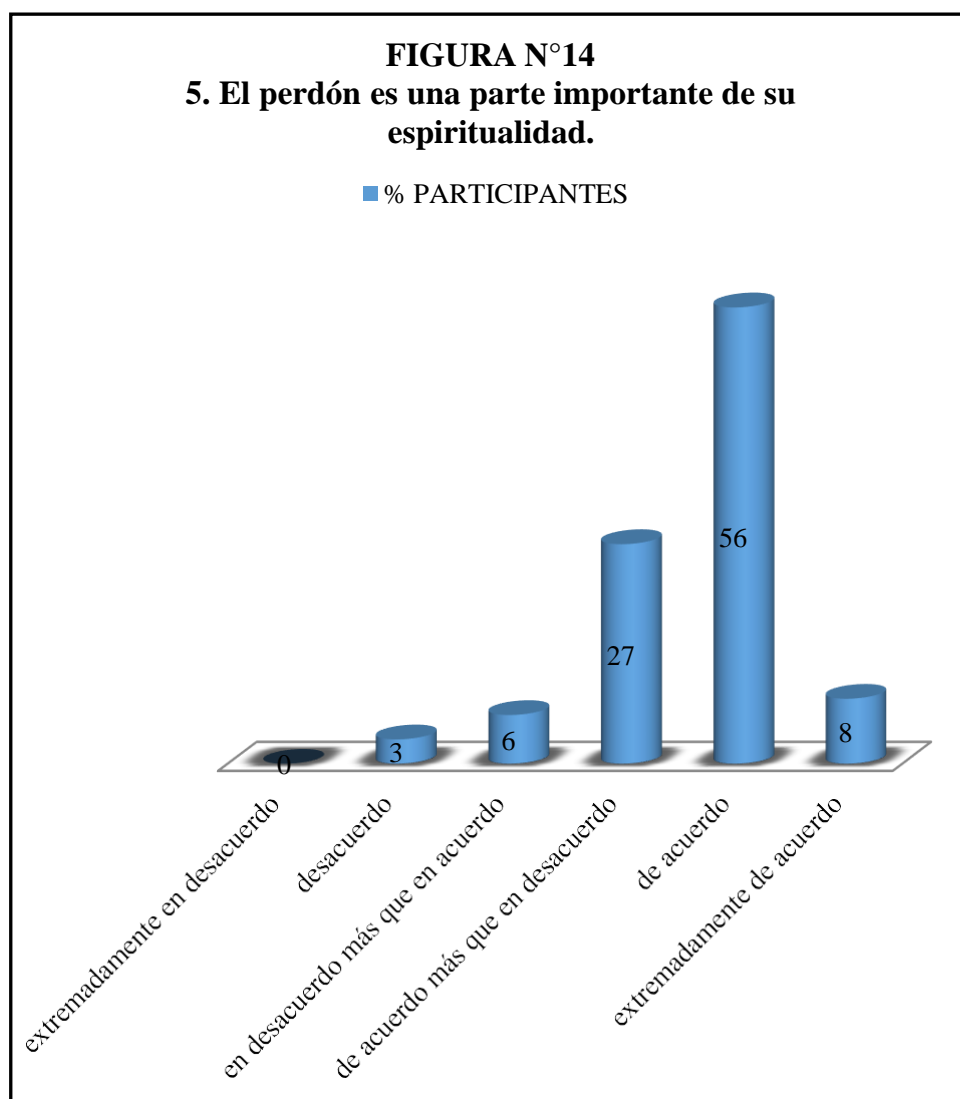
Y finalmente, la FIGURA N° 13 muestra que el 41% reza en privado o hace meditación más o menos una vez al día. A diferencia de un 3 % que respondió menos de una vez al año.



Fuente: SPS. Servicio de Cardiología-Cirugía de Tórax y Cardiovascular del HNAAA, Chiclayo-2016.

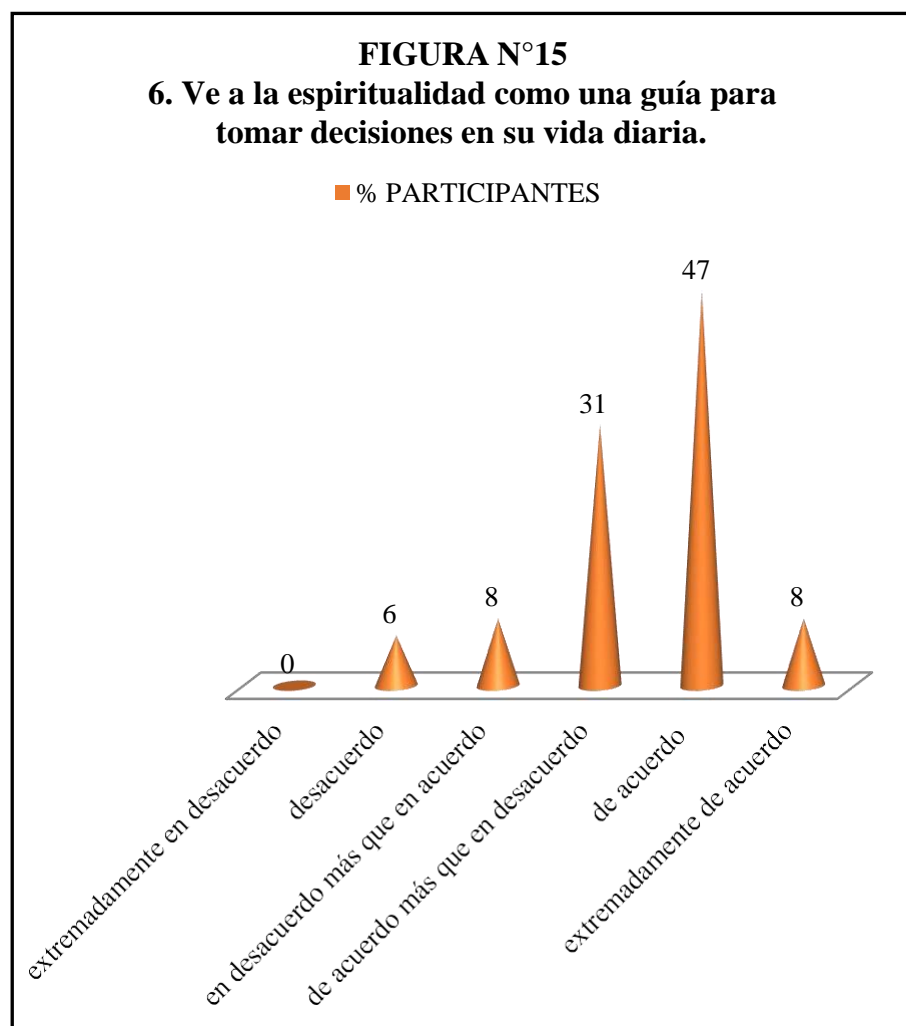
C. CREENCIAS ESPIRITUALES EN LAS PERSONAS CON AFECCIONES CARDIOVASCULARES:

La FIGURA N° 14 refleja el porcentaje de participantes en relación al quinto ítem. Identificando que el 56 % respondieron de acuerdo ante la premisa el perdón es una parte importante de su espiritualidad. Frente al 3 % en desacuerdo.



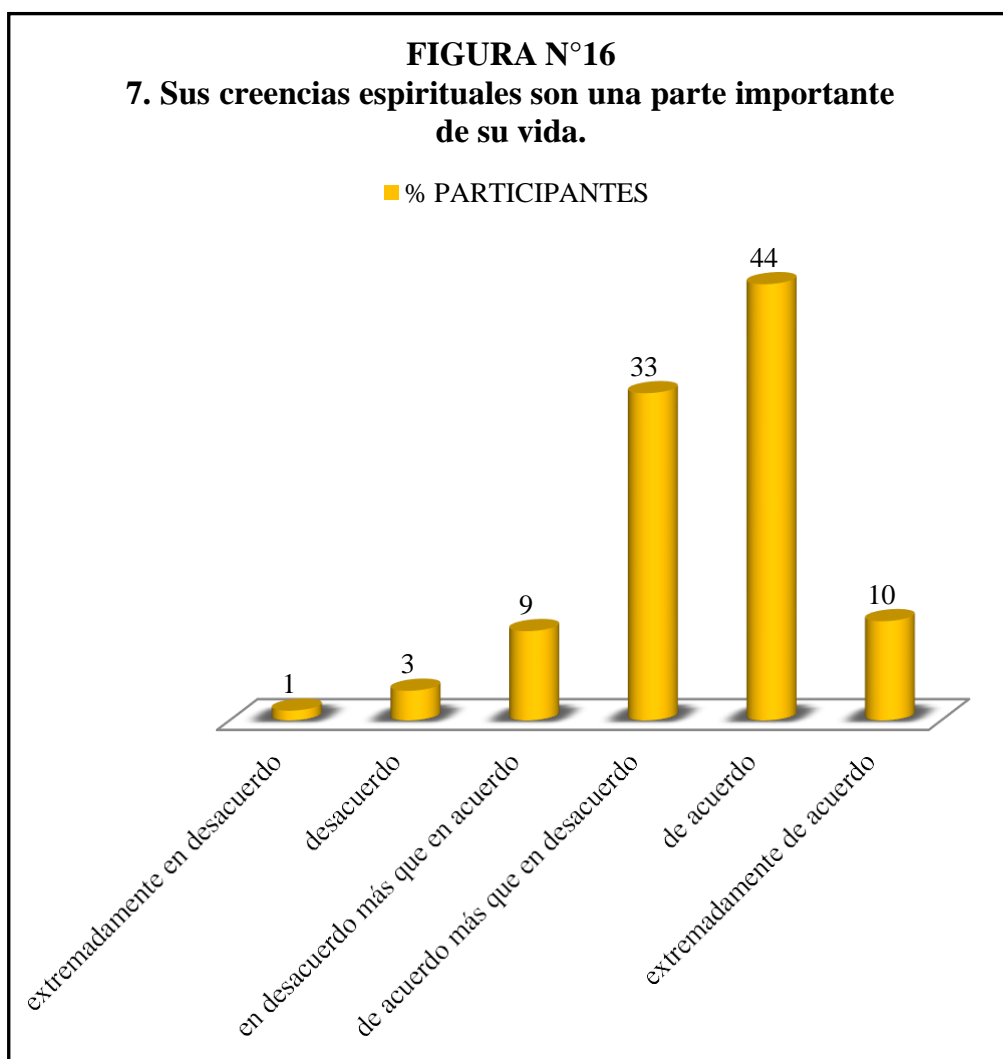
Fuente: SPS. Servicio de Cardiología-Cirugía de Tórax y Cardiovascular del HNAAA, Chiclayo-2016.

La FIGURA N° 15 muestra el porcentaje de participantes en relación al sexto ítem. Encontrando que el 47 % respondieron de acuerdo y ven a la espiritualidad como una guía para la toma de decisiones en la vida diaria. Frente al 6 % de participantes en desacuerdo.



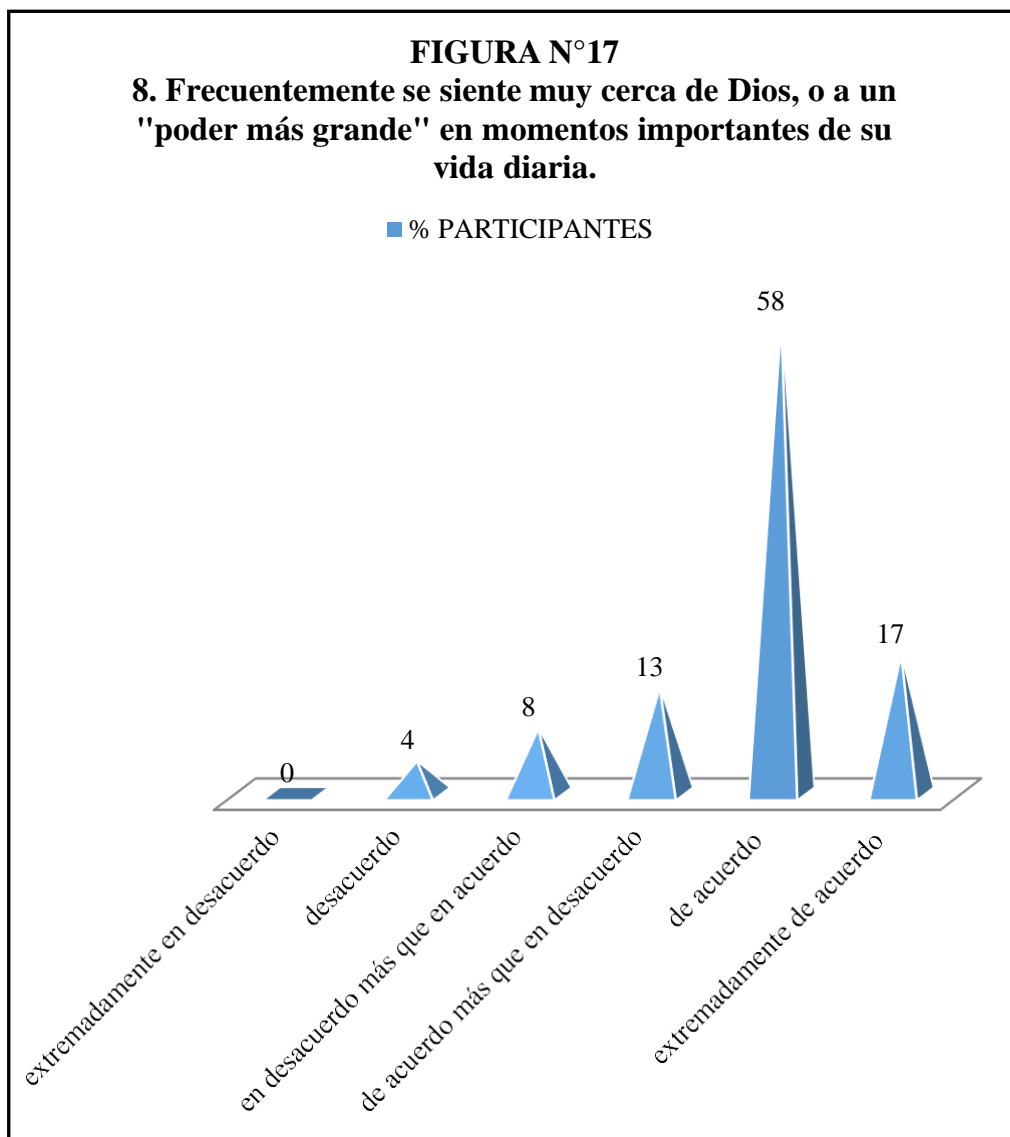
Fuente: SPS. Servicio de Cardiología-Cirugía de Tórax y Cardiovascular del HNAAA, Chiclayo-2016.

La FIGURA N° 16 muestra el porcentaje de participantes en relación al séptimo ítem. Donde el 44 % de participantes respondieron de acuerdo ante la premisa de que sus creencias espirituales son una parte importante de sus vidas. Frente a un 1 % de participantes en extremadamente en desacuerdo.



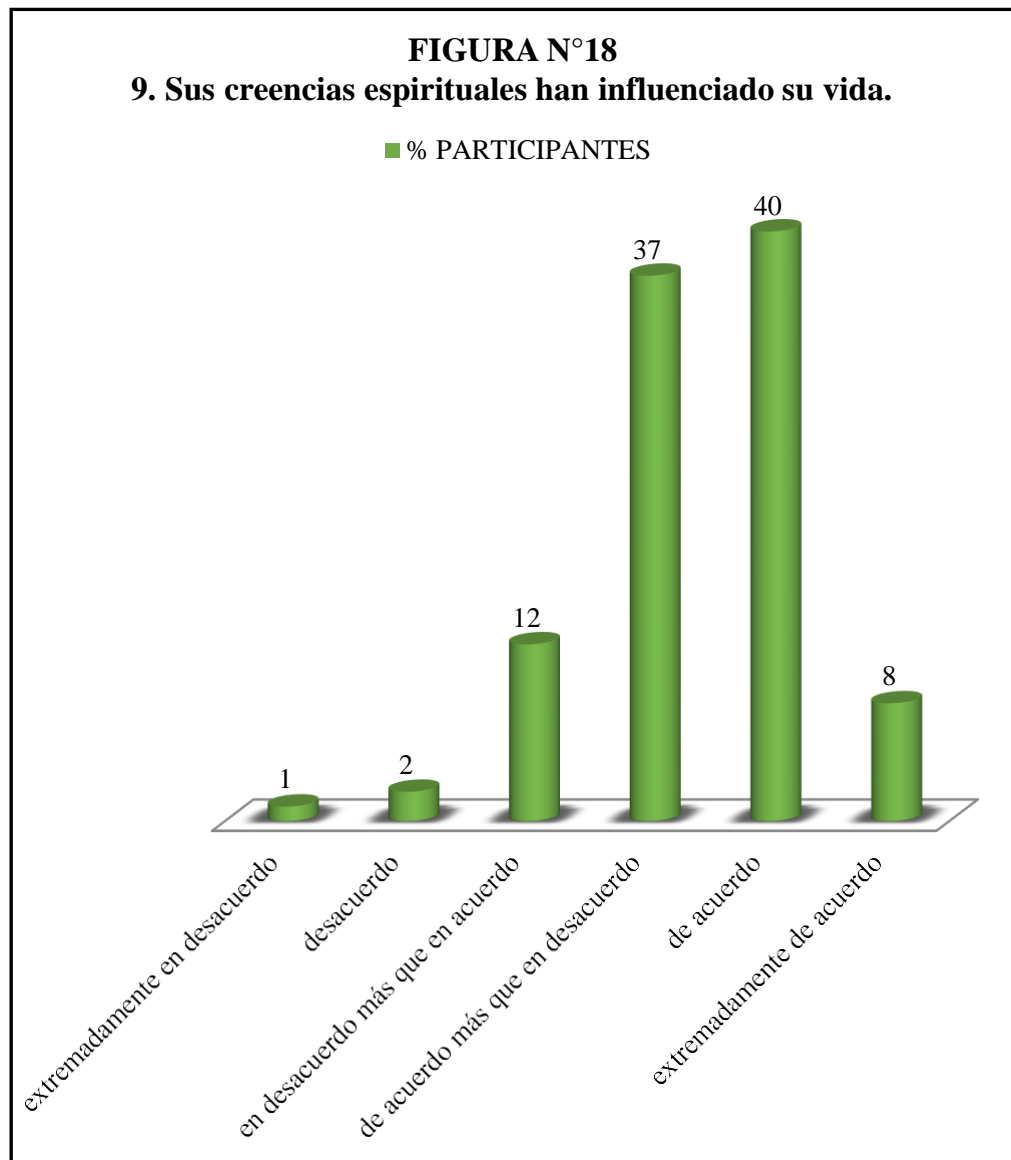
Fuente: SPS. Servicio de Cardiología-Cirugía de Tórax y Cardiovascular del HNAAA, Chiclayo-2016.

La FIGURA N° 17 muestra que 58 % de los participantes están de acuerdo que frecuentemente se sienten muy cerca de Dios, o a un “poder más grande” en momentos importantes de sus vidas diarias. En contraposición al 4 % que respondió en desacuerdo.



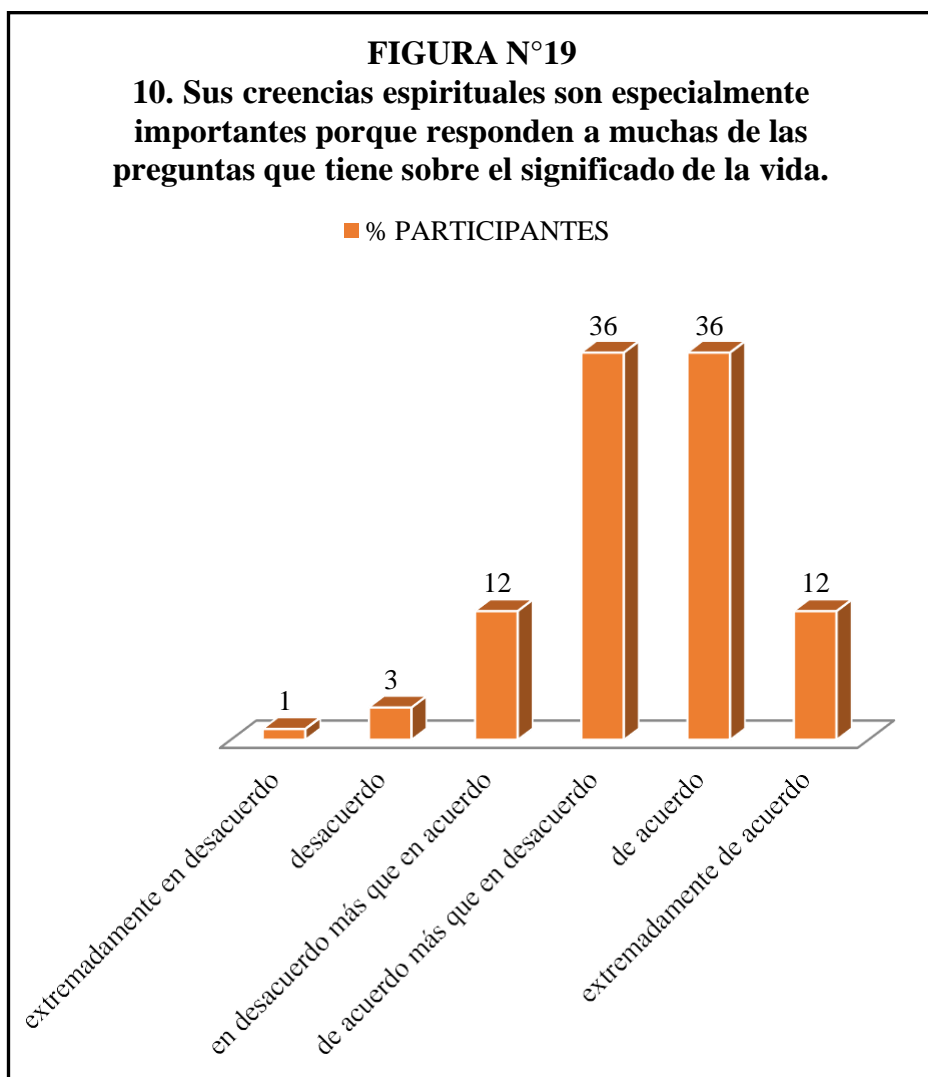
Fuente: SPS. Servicio de Cardiología-Cirugía de Tórax y Cardiovascular del HNAAA, Chiclayo-2016.

La FIGURA N° 18 muestra el porcentaje de participantes en relación al noveno ítem. Identificando que el 40 % está de acuerdo en que sus creencias espirituales han influenciado en sus vidas. Frente al 1 % extremadamente en desacuerdo.



Fuente: SPS. Servicio de Cardiología-Cirugía de Tórax y Cardiovascular del HNAAA, Chiclayo-2016.

La FIGURA N° 19 muestra que 36 % de los participantes están de acuerdo más que en desacuerdo al igual que un 36 % de acuerdo con que sus creencias espirituales son especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tienen sobre el significado de la vida. Frente a un 1 % en desacuerdo.



Fuente: SPS. Servicio de Cardiología-Cirugía de Tórax y Cardiovascular del HNAAA, Chiclayo-2016.

VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE PERSPECTIVA ESPIRITUAL (SPS) EN EL CONTEXTO PERUANO-LAMBAYECANO:

En tercer lugar, se realizó la validación de la escala SPS en el contexto peruano-lambayecano, a través del cálculo del coeficiente de consistencia Alfa de Cronbach, el que fue utilizado a fin de calcular la fiabilidad en alguna escala de medición. El alfa de Cronbach representa una media aritmética de las correlaciones existentes o no existentes entre las variables que forman parte del instrumento. Este análisis puede elaborarse siguiendo dos maneras. A partir de las correlaciones de los ítems (Alfa de Cronbach estandarizado) o a través de las varianzas (alfa de Cronbach)⁴³. En este caso, el cálculo se ejecutó empleando el software estadístico SPSS 20.0.

TABLA N° 01
Coeficiente Alfa de Cronbach.

Estadísticos de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,922	,924	10

Fuente: Análisis descriptivo por Estadístico SPSS 20.0. Lic. Yngrid Salazar Zevallos-Chiclayo, 2017.

Este método de consistencia interna faculta la estimación de la fiabilidad de un instrumento de medición mediante un grupo de premisas o ítems de la misma dimensión teórica o constructo. La validez de la escala SPS⁴⁴ apunta al nivel o grado en que el instrumento mide aquello que desea medir. Del mismo modo, la fiabilidad de la consistencia interna de la escala SPS se estima con el alfa de Cronbach; esta medida asume que los ítems o premisas (tipo Likert) se encuentran altamente correlacionados (Welch & Comer) y miden un mismo constructo. Cuanto más cerca se aproxime el valor del alfa a 1, mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. En la TABLA N° 01: Coeficiente Alfa de Cronbach, se muestra el resultado obtenido con un valor de 0.92, valor que excelente, fiable, confiable y consiste.

V. Discusión

Empezamos la discusión de los resultados de investigación, enfatizando en el nivel de perspectiva espiritual (general) en los participantes encuestados. Según Reed, medido a través de la Escala de Perspectiva Espiritual⁷, aplicando un cuestionario de 10 ítems a 100 personas que presentan o padecen un trastorno cardiovascular. El nivel de Perspectiva Espiritual obtenido fue MODERADO (representando por un 60 % de la muestra), seguido por el 28 % de un nivel ALTO, y, por último, el 12 % muestran nivel de perspectiva espiritual BAJO.

Los resultados en la presente investigación respecto al nivel de perspectiva espiritual difieren con los que encontramos en la investigación de Esalas⁹ realizada en el año 2015: Perspectiva Espiritual en pacientes oncológicos que asisten a tratamiento de quimioterapia en Cartagena-Colombia, donde se obtuvo una perspectiva espiritual alta, con una puntuación de 53.3 (de 60). Detallando las subescalas: prácticas 21.1 (de 24) y creencias 32 (de 36). Identificándose resultados altos en este grupo de pacientes oncológicos en Colombia. Del mismo modo, los resultados de Antayhua y Meneses¹³ en el año 2015, no coinciden con los encontrados en esta investigación, considerando que se realizó en el contexto peruano, pero en pacientes con cuidados paliativos alcanzando un nivel espiritual alto en 56,2 %. También, la investigación de Jasso y otros¹⁰, en el año 2014: Calidad de vida y perspectiva espiritual de los pacientes hospitalizados con enfermedad cardiovascular, refuta los resultados hallados en este trabajo, considerando nivel espiritual alto y considerado que se aplicó el instrumento SPS en pacientes con afecciones cardíacas, misma condición de la muestra en el presente trabajo de investigación.

Por otro lado, los resultados de investigación de Quijandria¹² en el 2016 en Lima, coinciden con los obtenidos en la presente. Considerando en la dimensión Espiritualidad un 87.5% de pacientes oncológicos con grado de espiritualidad moderado. Fortaleciendo de esta forma los hallazgos y las sugerencias de esta investigación, al ser punto de partida para la elaboración de acciones específicas para incluir y tomar en cuenta a la espiritualidad como medida de afrontamiento ante la enfermedad, en el Servicio de Cardiología-Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo.

Por su parte, Reed enuncia que la labor de enfermería debe ser ardua en los aspectos que ayudan a cuidar de la dimensión espiritual, sobretodo en pacientes con perspectiva espiritual moderada o baja, ambos necesitan apoyo y ayuda espiritual. Cuando esta dimensión se encuentra debilitada, afecta indiscutiblemente a otras dimensiones del ser, lo que nos conlleva a la búsqueda de acciones o cuidados que lleven a mejorar y aumentar este nivel, a fin de lograr la recuperación de la salud y/o el mejoramiento de su bienestar tanto físico como espiritual.

Los resultados de esta investigación arrojan, en segundo lugar, un nivel de perspectiva espiritual alto, con 28 % de participantes. Claramente, estas personas reflejan mediante la SPS, que han tenido en cuenta y siguen considerando a la espiritualidad como parte importante y vital en su autocuidado. A partir de los resultados, Reed⁷ enfatiza en el cuidado espiritual, para conseguir el equilibrio entre la mente, el cuerpo y el alma, mediante el establecimiento oportuno de relaciones terapéuticas incondicionales y cálidas. Donde la enfermera o enfermero posee recursos internos que le van a permitir identificar necesidades espirituales y priorizarlas, y atenderlas de la mejor manera utilizando lenguaje, comunicación y contacto físico adecuados para dinamizar su intervención, sobre todo en estas personas, consideradas vulnerables debido a los diferentes procesos de enfermedad cardiovascular que atraviesan.

En tercer lugar, el 12 % representa el nivel de espiritualidad bajo. Lo que nos hace reflexionar acerca del cuidado, ¿existirán profesionales de enfermería que aún sigan cuidando bajo el enfoque biofísico? Al respecto, Esalas y otros⁹ afirman que poseer perspectiva espiritual motiva al ser humano a encontrarse con una visión íntima que lo haga sentir pleno y en constante búsqueda del sentido de vida. La perspectiva espiritual empodera al hombre y a la mujer y no lo devalúa. En los resultados presentados, se puede observar que esta facultad para presentar bienestar o nivel espiritual alto, en estas personas se encuentra nula o alterada, pues reflejan que su espiritualidad no forma parte de su cuidado propio o de su vida diaria. De acuerdo con esto, Quinceno y Vinaccio⁴⁵ en su investigación para determinar el nivel de espiritualidad en pacientes reumáticos, en el año 2019, concluyen que en su muestra la espiritualidad/religiosidad no jugaría un papel importante en la lucha contra la enfermedad, y también sobre las decisiones médicas y las opciones de tratamiento, hechos que se ha encontrado en muchas otras investigaciones, tanto en Europa como en América y específicamente Colombia.

La perspectiva o nivel Espiritual según Reed se divide en dos dimensiones: las prácticas y las creencias espirituales de las personas que sufren afecciones cardíacas. Sobre las PRÁCTICAS ESPIRITUALES, encontramos que más de la mitad de pacientes encuestados, mencionan asuntos espirituales más o menos una vez a la semana. De igual forma, la mitad de participantes comparten con otros sus problemas y alegrías de vivir de acuerdo a sus creencias espirituales, más o menos una vez a la semana. Para Reed⁷, la segunda pregunta de la SPS se centra en la frecuencia de la manifestación verbal de las vivencias alegres y las situaciones que representan un problema, de acuerdo a las creencias espirituales del encuestado. Sin embargo, respecto a la lectura de material espiritual, menos de la mitad de participantes respondieron más o menos una vez a la semana. Por último, los menos del 50 % de participantes respondieron que rezan en privado o hacen meditación más o menos una vez al día; por lo que, la Sociedad de la Zona de Pennsylvania⁴⁶ recomienda dedicar tiempo para meditar asuntos espirituales. Puesto que, para conocer a Dios es preciso adquirir conocimiento exacto procedente de las Escrituras.

Sobre las CREENCIAS ESPIRITUALES de las personas que padecen patologías cardíacas. Según Pamela Reed, las creencias espirituales están determinadas por seis preguntas en la SPS. Primero, más de la mitad de participantes respondieron de acuerdo ante la premisa de que el perdón es una parte importante de su espiritualidad. Segundo, menos de la mitad (47 %) ve a la espiritualidad como una guía para tomar decisiones en su vida diaria. Tercero, menos de la mitad de participantes está de acuerdo con que las creencias espirituales son una parte importante de su vida. Cuarto, el 58 % de participantes frecuentemente se sienten muy cerca de Dios, o a un “poder más grande” en momentos importantes de su vida diaria. Quinto, menos de la mitad de participantes está de acuerdo en que sus creencias espirituales han influenciado sus vidas. Y, por último, tanto un 36 % está de acuerdo como un 36 % está de acuerdo más que en desacuerdo en que sus creencias espirituales son especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tiene sobre el significado de la vida.

Estos resultados inmersos en las dimensiones de la perspectiva espiritual, tanto de las prácticas espirituales como de las creencias, son similares y concuerdan con los hallados en la Investigación de Jasso y otros¹⁰ en 2017 en México, resaltando que sus participantes también fueron pacientes con afecciones cardiovasculares.

Por tales motivos, los enfermeros y enfermeras constantemente se interesan por el ser humano en su dimensión totalitaria, evitando centrarse en definirlo como un conjunto de sistemas, partes o procesos. Cuando mencionamos a la totalidad del ser promovemos la perspectiva de integración e integralidad. Es importante que se reconozca las diferentes condiciones del hombre, como ser personal, uno, único, pero a la vez social, libre, digno y espiritual. Por lo que sus prioridades deben dirigirse a la resolución de problemas no solo de la mente y del cuerpo, sino también del espíritu.

VI. Conclusiones

Con relación a las características sociodemográficas de las personas que padecen trastornos cardiovasculares, el 55 % son varones y el 45 % son mujeres. El promedio de edades es 65 años, siendo la edad máxima 84 y la mínima 34. Asimismo, 45 % poseen nivel de instrucción superior, el promedio de estancia hospitalaria es 9 días, y, respecto al estado civil, la mayoría (54 %) son casados (as).

El nivel de perspectiva espiritual de las personas que sufren alguna enfermedad cardiovascular es moderado, representado por el 60 % del total. Seguido del 28 % para un nivel espiritual alto y el 12 % de los participantes presentan nivel bajo, según la Escala de Perspectiva Espiritual de Reed. Entendiendo que, para algunas personas la espiritualidad forma parte indispensable de sus vidas, sin embargo, para otras, no posee ninguna importancia ni trascendencia.

Las prácticas espirituales estuvieron determinadas por las respuestas de los participantes, donde, más de la mitad menciona asuntos espirituales cuando entabla conversaciones con sus familiares y amigos, así como se permiten compartir problemas y alegrías de la vida. Ambas situaciones en el transcurso de una semana. Por otro lado, menos de la mitad de los participantes, una vez al día rezan o meditan en privado, buscando encontrar una conexión certera con el ser supremo. También, más o menos una vez a la semana, leen algún contenido espiritual. No obstante, se identificó que el mayor porcentaje de las personas que sufren una afección cardiovascular, no consideran estos aspectos como parte de la vivencia de su espiritualidad.

Las creencias espirituales también estuvieron determinadas por las respuestas de los participantes. Los cuales, en su mayoría, consideran que el perdón es una parte importante de su espiritualidad, así como frecuentemente se sienten muy cerca de Dios, o a un poder más grande en momentos importantes de la vida diaria. Por el contrario, menos de la mitad, ven a la espiritualidad como una guía para tomar decisiones en la vida cotidiana, así como la importancia debida a las

creencias espirituales y considerando que han influenciado en sus vidas, porque responden a muchas de las preguntas que tiene sobre el significado, sentido y propósito en el mundo.

Por último, se realizó la validación de la escala SPS en el contexto peruano-lambayecano, a través del cálculo del coeficiente de Alfa de Cronbach, el cual permitió determinar la fiabilidad de una escala de medida: Escala de Perspectiva Espiritual-SPS, obteniendo un valor de 0.92, interpretado como un instrumento de recopilación de información excelente, fiable, confiable y consiste, que sí puede aplicarse al contexto de nuestro país.

VII. Recomendaciones

La autora invita a enfermeras (os) profesionales y técnicas, personal asistencial, estudiantes de ciencias de la salud y público en general a asumir el reto de incorporar a nuestras actividades diarias, el cuidado de la espiritualidad. Es fundamental que incorporemos a la experiencia espiritual como medida de afrontamiento eficaz ante los procesos de enfermedad y estrés espiritual. Para ello, es necesaria la implementación de la SPS de Pamela Reed en los momentos de atención integral y humanizada de enfermería, en todos los servicios del establecimiento de salud que formó parte del escenario.

Se sugiere al Servicio de Cardiología-Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital Nacional «Almanzor Aguinaga Asenjo» de Chiclayo, la creación de unidades de apoyo al bienestar espiritual, formado principalmente por el personal que encabeza el cuidado humano, es decir, profesionales de enfermería, los que van a propiciar momentos de reflexión, propósito, meditación, oración, entre otros, en la medida de lo posible grupales o individuales. Apto para toda persona que se sume de manera voluntaria al reto del establecimiento de relaciones humanísticas para lograr el afrontamiento eficaz ante las enfermedades cardiovasculares que originen sufrimiento e incertidumbre espiritual.

Para finalizar, se concibe a la espiritualidad como un importante agente o recurso terapéutico en personas cuidadas que atraviesan situaciones susceptibles de enfermedad. Mi sugerencia se dirige hacia las Escuelas y Facultades formadores de enfermeras. Reafirmo la idea de que este tema debería ser integrado en los currículos de pre y posgrado para la educación y formación de jóvenes enfermeros. Entendiendo que la enfermera debe aprender a cuidar de la dimensión espiritual, a fin de obtener la integración del cuidado como propósito primordial de las vivencias en la salud.

VIII. Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades Cardiovasculares. [en línea] 2014 [fecha de acceso 20 de octubre de 2021]; URL disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
2. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Libro de Registro Diario de Ingresos y Egresos al Servicio de Cardiología, Cirugía de Tórax y Cardiovascular. Chiclayo, 2016.
3. León A, Salazar C. Valoración psicológica perioperatoria en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular. Rev. costarrinc. Cardiol. [en línea] 2007 [fecha de acceso 01 de octubre de 2021]; 9 (3). URL disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-41422007000300003&script=sci_arttext
4. Vargas E, Fuenmayor M, Mendoza B y Meneses S. Nivel de espiritualidad de pacientes con cáncer de mama. Salud, Arte y Cuidado [en línea] enero-junio 2019 [fecha de acceso 15 de noviembre de 2021]; 12 (1). URL disponible en: <https://revistas.uclave.org/index.php/sac/article/view/3158>
5. Mejía L. Significado del cuidado de enfermería para el paciente en estado de cronicidad. ISSN [en línea] 2008 [fecha de acceso 10 de noviembre de 2021]; 17 (8). URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-00002&script=sci_arttext
6. Reed P. Middle range theory for nursing. Theory of self-transcendence. 2° ed. New York: Springer Publishing Company; 2008.
7. Coward D. Modelos y teorías en enfermería: Capítulo 29, Pamela G. Reed. España: 6° ed. Elsevier Science; 2007.
8. Fundación para la Investigación de la Ciencia Espiritual (SSRF). Spiritual Science Research Foundation. [en línea] 2016 [fecha de acceso 25 de octubre de 2021]; URL disponible en: <https://www.spiritualresearchfoundation.org/es/sobre-nosotros/>
9. Esalas, Gómez, Llerena, Miranda y Torres. Perspectiva Espiritual en Pacientes Oncológicos que asisten a tratamiento de quimioterapia en Cartagena-Colombia. Universidad de Cartagena [en línea] 2015 [fecha de acceso 19 de octubre de 2021]. URL disponible en: <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/3105/1/INFORME%20FINAL%20PERSPECTIVA%20ESPIRITUAL%20EN%20PACIENTES%20ONCOLOGICOS.pdf>
10. Jasso, Pozzos, Cadena, y Sonalí. Calidad de vida y perspectiva espiritual de los pacientes hospitalizados con enfermedad cardiovascular. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. [en línea] 2017 [fecha de acceso 10 de octubre de 2021]; 25 (1). URL disponible en: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/articloe/view/84
11. Ottaviani, Souza, De Camargo, Zazzeta, Pavarini y De Souza. Esperanza y espiritualidad de pacientes renales crónicos en hemodiálisis: un estudio de correlación. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [en línea] mar – abr 2014 [fecha de acceso 10 de octubre de 2021]; 25 (1). URL disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/HLbVRsmq9DZLShjDJtkKK9n/?lang=es>
12. Quijandria K. Espiritualidad e incertidumbre en pacientes oncológicos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza – Lima 2016. Repositorio UCV [en línea]

- 2017 [fecha de acceso 10 de octubre de 2021]. URL disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/5998>
13. Antayhua A, Meneses M. Espiritualidad en pacientes de cuidados paliativos de un hospital nacional. *Cuid salud* [en línea] jul-dic 2015 [fecha de acceso 02 de noviembre de 2021]; 2 (2). URL disponible en: http://revistas.urp.edu.pe/index.php/Cuidado_y_salud/article/view/1129
 14. Ledesma M. *Fundamentos de Enfermería*. México D. F.: Editorial Limusa, S. A.; 2004.
 15. Marriner A. Raile M. *Modelos y teorías de enfermería*. 8 ed. Madrid: Harcourt Brace de España, S.A.; 2014.
 16. Canobbio M. *Trastornos cardiovasculares*. Barcelona: Mosby/ Doyma Libros; 1993.
 17. Castellero Y. Intervención psicológica en cirugía cardíaca. *Av. Psicol. Latinoam.* [en línea] 2007 [fecha de acceso 05 de setiembre de 2021]; 25 (1). URL disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242007000100006
 18. Espíndula J, Martins E, Ales A. Religión y espiritualidad: una perspectiva de profesionales de la salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [en línea] nov-dic 2012 [fecha de acceso 20 de octubre de 2021]; 18 (6). URL disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_25.pdf
 19. Collado R. Cuidado Espiritual, labor del profesional de Enfermería. *Recinto de Ponce* [en línea] 2010 [fecha de acceso 05 de noviembre de 2021]; 360 (5). URL disponible en: <http://cremc.ponce.inter.edu/360/revista360/ciencia/Cuidado%20espiritual%20enfermeria.pdf>
 20. Pérez B. La Espiritualidad: Componente del Cuidado de Enfermería. *Eean* [en línea] 2009 [fecha de acceso 22 de octubre de 2021]; (11). URL disponible en: <http://www.pesquisando.eean.ufrj.br/viewpaper.php?id=416&print=1>
 21. González J. ¿Valoramos realmente las necesidades espirituales de nuestros pacientes? *Ética de los Cuidados*. [en línea] ene-jun 2016. [fecha de acceso 17 de noviembre del 2021]; 9 (17). URL disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n17/et10442r.php>
 22. Sánchez H. Bienestar espiritual para personas con y sin discapacidad. *Aquichán* [en línea] junio-julio 2009 [fecha de acceso 17 de noviembre del 2021]; 9 (1). URL disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657000100002&script=sc>
 23. Lamet P. *Juan Pablo II: hombre y papa*. España: ESPASA FORUM; 2012.
 24. Librería Juan Pablo. *Catecismo de la Iglesia Católica*. Bogotá: Editorial San Pablo; 1999.
 25. Rodrigues A. La espiritualidad ante la proximidad de la muerte. *Enferm. glob.* [en línea] abril 2011 [fecha de acceso 23 de noviembre de 2021]; 10 (22). URL disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/122831>
 26. Quiceno J, Vinaccia S. La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Perspect. Psicol.* [en línea] 2009 [fecha de acceso 13 de octubre de 2021]; 5(2). Disponible en: http://www.usta.edu.co/otras_pag/revistas/diversitas/doc_pdf/diversi-ulo_8.pdf.
 27. Ellison C. *Spiritual Well Being: Conceptualization and Measurement*. USA: *Journal of Psychology and Theology*; 1983.
 28. García L. *Escritos de Antropología Filosófica*. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra, S.A.; 2001.

29. Revista de Espiritualidad. Espiritualidad. Index [en línea] julio – setiembre 2017 [fecha de acceso 03 de octubre de 2021]; 304 (76). URL disponible en: <http://www.revistadeespiritualidad.com/index.php>
30. Lackey S. Apertura a la Epiritualidad: Cuidados de enfermería sensitivos. 27 (10). España: Revista Nursing; 2009.
31. Pinto S, March P. Necesidades espirituales de los pacientes hospitalizados. Enfermería al Día [en línea] 2008 [fecha de acceso 16 de octubre de 2021]. URL disponible en: http://ezproxy.unicartagena.edu.co:2191/nrc/detail?vid=4&hid=8&sid=95f48a74315f4bd6a4bfd290ad3a6ae7%40sessionmgr12&bd_ata=Jmxh
32. Price A. Tratado de Enfermería. 3° ed. México: Interamericana, S. A. de C. V.; 1996.
33. Sierra L, Montalvo A. Bienestar Espiritual de enfermeras y enfermeros en unidades de cuidado intensivo. Av. enferm. [en línea] 11 noviembre de 2011 [fecha de acceso 18 de noviembre de 2021]; 30 (1). URL disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/revista2012-1/06_Bienestar_espiritualde_enfermeras_Avanc_enferm_30-12.pdf
34. Rankin E, De Lashmutt M. Encontrar espiritualidad y la presencia de Enfermería: El reto del estudiante. Journal Holist Nursing; 2010.
35. Ibáñez J. Introducción a la Antropología Filosófica. 5° ed. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra, S.A.; 1999.
36. Hernández R, Fernández C y Baptista P. Metodología de la investigación. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2010.
37. Bernal C. Metodología de la Investigación. 2° ed. México: Pearson educación de México, S. A. de C.V.; 2006.
38. Pineda, E y Alvarado B. Metodología de la investigación: manual para el desarrollo de personal de salud. 3° ed. Washington, D.C.: OPS; 2008.
39. Guba EG, Lincoln YS. Effective evaluation: improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches. San Francisco: Jossey-Bass; 1981.
40. Sgreccia E. Bioética Personalista: Modelo Personalista Ontológico. Ediciones Loyola; 1997.
41. Texas Heart Institute. Factores de riesgo cardiovascular. HIC [en línea] agosto 2016 [fecha de acceso 16 de noviembre de 2021]. URL disponible en: http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/HSmart/riskspan.cfm
42. Koziar, Erb, Blais. Fundamentos de enfermería: conceptos, procesos y práctica. 5° ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 1999.
43. Polit D. Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud: Principios y Métodos. México D.F.: Mc Graw – Hill Interamericana; 2010.
44. Lerma D. Metodología de la Investigación: Propuesta anteproyecto y proyecto. 2° ed. Bogotá: Editorial ECO; 2007.
45. Quinceno J, Vinaccia S. Espiritualidad a partir de la escala SpREUK en pacientes con enfermedades reumáticas. Revista de Investigación Psicológica [en línea] 2019 [fecha de acceso 15 de noviembre de 2021]; 22 (1). URL disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2223-30322019000200005&script=sci_arttext
46. Sociedad de la Zona de Pennsylvania. Dedique tiempo a meditar asuntos espirituales. USA [en línea] 2003 [fecha de acceso 21 de mayo del 2016]; 67 (2). URL disponible en: https://jw.servehttp.com/discurso.php?is=PB_067-S.pdf

IX. Anexos**ANEXO N° 1**

Consentimiento para participar en un estudio de investigación
- ADULTOS -

Datos informativos:

Institución : Universidad Católica “Santo Toribio de Mogrovejo”.

Investigador : Lic. Yngrid María Salazar Zevallos.

Título : Espiritualidad en Personas con Afecciones Cardiovasculares, con enfoque en la Teoría de Autotranscendencia y Escala de Perspectiva Espiritual. Chiclayo – Perú, 2016.

Propósito del Estudio:

Principalmente, determinar el nivel de Espiritualidad en personas con afecciones cardiovascular, con el objetivo final de ayudar al paciente a aceptar y afrontar de una mejor forma la enfermedad y a ser partícipes del cuidado de su Espiritualidad.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

1. Luego de que usted dé su consentimiento y deje constancia mediante su firma, se le proporcionará lo siguiente: 01 hoja donde deberá llenar datos sociodemográficos (edad, sexo, grado de instrucción y estado civil); 01 cuestionario impreso que contiene breves preguntas relacionadas con el tema de investigación. Usted deberá marcar con un aspa (X) en el casillero que crea conveniente, una sola vez por pregunta.
2. Posteriormente, los datos serán ordenados y procesados en un sistema estadístico; y finalmente los resultados serán probablemente publicados en una revista científica.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio. Algunas preguntas del cuestionario probablemente le causen sentimientos de tristeza, nostalgia o incertidumbre. Sin embargo, puede contar con el acompañamiento del encuestador.

Costos e incentivos:

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos la información de cada cuestionario con numeración y no es necesaria la colocación de nombres o apellidos. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron. Los cuestionarios no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

Deseamos conservar la información de los cuestionarios guardados por un periodo de 3 años con la finalidad de que sirvan como base de datos para otras investigaciones relacionadas con el tema de investigación o como fuente de verificación de nuestra investigación.

Autorizo guardar la base de datos: SI NO

Se contará con el permiso del Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, cada vez que se requiera el uso de la información.

Derechos del participante:

Si usted decide no participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a Yngrid Salazar Zevallos al cel. 940437778.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al teléfono 074-606200 anexo 1138.

CONSENTIMIENTO:

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo lo que va a pasar SI participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir NO participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante

Nombre:

DNI:

Fecha

Encuestador

Nombre:

DNI:

Fecha

ANEXO N° 2

**ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

INSTRUCCIONES: Marcar con una X la alternativa que corresponde y/o completar lo que se solicita.

N°: _____

1. SEXO:

- A. Femenino
- B. Masculino

2. EDAD: _____ años

3. GRADO DE INSTRUCCIÓN:

- A. Analfabeto
- B. Primaria completa
- C. Primaria incompleta
- D. Secundaria completa
- E. Secundaria incompleta
- F. Superior

4. ESTADO CIVIL:

- A. Soltero (a)
- B. Casado (a)
- C. Conviviente
- D. Divorciado (a)
- E. Viudo (a)

5. PERÍODO DE HOSPITALIZACIÓN: _____ (especificar días, meses, años).

ANEXO N° 3

**FORMATO “ESCALA DE PERSPECTIVA ESPIRITUAL” (SPS)**

INSTRUCCIONES: Marcar con una X en un solo casillero por cada pregunta, según usted crea conveniente.

N°: _____

“ESCALA DE PERSPECTIVA ESPIRITUAL” (SPS) PAMELA REED						
	Nunca	Menos de una vez al año	Más o menos una vez al año	Más o menos una vez al mes	Más o menos una vez a la semana	Más o menos una vez al día
1. Cuando está hablando con su familia o sus amigos, ¿cuántas veces menciona usted asuntos espirituales?						
2. ¿Cuántas veces comparte usted con otros los problemas y alegrías de vivir de acuerdo con sus creencias espirituales?						
3. ¿Cuántas veces lee usted materiales de algo espiritual?						
4. ¿Cuántas veces reza usted en privado o hace meditación?						
	Extremadamente en desacuerdo	Desacuerdo	En desacuerdo más que en acuerdo	De acuerdo o más que en desacuerdo	De acuerdo	Extremadamente de acuerdo
5. El perdón es una parte importante de su espiritualidad.						
6. Ve la espiritualidad como una guía para tomar decisiones en su vida diaria.						

7. Sus creencias espirituales son una parte importante de su vida .						
8. Frecuentemente se siente muy cerca de Dios, o a un “poder más grande” en momentos importantes de su vida diaria.						
9. Sus creencias espirituales han influenciado su vida.						
10. Sus creencias espirituales son especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tiene sobre el significado de la vida.						

ANEXO N° 4



INSTRUCCIONES “ESCALA DE PERSPECTIVA ESPIRITUAL” (SPS) POR PAMELA REED.

N° _____

INSTRUCCIONES: El instrumento se califica en un rango de 1 a 6 para un puntaje total de 60, a MAYOR PUNTAJE MAYOR ESPIRITUALIDAD.

Las cuatro primeras preguntas se responden con los 6 siguientes criterios:

- Nunca = 1
- Menos de una vez al año= 2
- Más o menos una vez al año= 3
- Más o menos una vez al mes= 4
- Más o menos una vez a la semana= 5
- Más o menos una vez al día= 6

Las preguntas del 5 al 10 respondan con los siguientes criterios:

- Extremadamente en desacuerdo= 1
- Desacuerdo= 2
- En desacuerdo más que en acuerdo= 3
- De acuerdo más que en desacuerdo= 4
- De acuerdo= 5
- Extremadamente de acuerdo = 6


La escala mide un conocimiento de sí mismo, a un sentido de conexión con un ser de naturaleza superior o a la existencia de un propósito supremo.


50 – 60 puntos.	Nivel de Perspectiva Espiritual ALTO .
35 – 49 puntos.	Nivel de Perspectiva Espiritual MODERADO .
Menor de 35 puntos.	Nivel de Perspectiva Espiritual BAJO .


ANEXO N° 5

**AUTORIZACIÓN PARA APLICACIÓN DE “ESCALA DE PERSPECTIVA ESPIRITUAL”
(SPS) POR PAMELA REED**

SOLICITUD UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO - PERÚ 📧 🖨️ 📎

 **Ingrid Salazar Zevallos** 10:41 (Hace 22 minutos.) ☆
Good morning dear Pamela Reed. She writes the graduate in Nursing: Yngrid Mar...

 **Reed, Pamela G - (preed)** <preed@email.arizona.edu> 10:56 (Hace 7 minutos.) ☆ ↩️ ▾
para mí ▾

 inglés ▾ > español ▾ Traducir mensaje Desactivar para: inglés x

Dear Ingrid,

Yes, please know that you are welcome and have my permission to use the Spiritual Perspective Scale in your interesting research about self-transcendence in people who have cardiovascular illness.

Best wishes in the project and completing your studies for your Master of Science degree.
If you have questions, please let me know. Thank you for your interest in my work.

Sincerely,
Pam
Pamela G. Reed, PhD, RN, FAAN
Professor
The University of Arizona
College of Nursing
USA

ANEXO N° 6

TABLAS DE CONTINGENCIA DE LAS VARIABLES SEXO Y ESTADO CIVIL Y GRADO DE INSTRUCCIÓN.

Tabla de contingencia SEXO * ESTADO CIVIL							
Recuento							
		ESTADO CIVIL					Total
		Casado (a)	Conviviente	Divorciado (a)	Soltero (a)	Viudo (a)	
SEXO	Femenino	20	14	3	2	6	45
	Masculino	34	11	3	4	3	55
Total		54	25	6	6	9	100

Tabla de contingencia SEXO * GRADO DE INSTRUCCIÓN								
Recuento								
		GRADO DE INSTRUCCIÓN					Total	
		Analfabeto	Primaria completa	Primaria incompleta	Secundaria completa	Secundaria incompleta		Superior
SEXO	Femenino	2	3	6	14	8	12	45
	Masculino	0	2	4	7	9	33	55
Total		2	5	10	21	17	45	100

ANEXO N° 7

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

VARIABLE EDAD	
Media	64.63
Error típico	1.02520311
Mediana	65
Moda	58
Desviación estándar	10.2520311
Varianza de la muestra	105.104141
Curtosis	0.38303897
Coefficiente de asimetría	-0.45222033
Rango	50
Mínimo	34
Máximo	84
Suma	6463
Cuenta	100
Nivel de confianza 95.0%)	2.03422539

PERÍODO DE HOSPITALIZACIÓN	
Media	8.8
Error típico	0.779665818
Mediana	7
Moda	7
Desviación estándar	7.796658181
Varianza de la muestra	60.78787879
Curtosis	26.25905603
Coefficiente de asimetría	4.735160569
Rango	57
Mínimo	3
Máximo	60
Suma	880
Cuenta	100
Nivel de confianza (95.0%)	1.547026133

FRECUENCIAS

Estadísticos

		EDAD	SEXO	GRADO DE INSTRUCCIÓN	ESTADO CIVIL	PERÍODO DE HOSPITALIZACIÓN
N	Válidos	100	100	100	100	100
	Perdidos	0	0	0	0	0
Media		64,63				8,80
Error típ. de la media		1,025				,780
Mediana		65,00				7,00
Moda		58				7
Desv. típ.		10,252				7,797
Varianza		105,104				60,788
Asimetría		-,452				4,735
Error típ. de asimetría		,241				,241
Curtosis		,383				26,259
Error típ. de curtosis		,478				,478
Rango		50				57
Mínimo		34				3
Máximo		84				60
Suma		6463				880
Percentiles	10	50,10				4,00
	20	58,00				5,00
	25	59,00				5,00
	30	59,30				6,00
	40	62,00				7,00
	50	65,00				7,00
	60	67,00				8,00
	70	70,00				9,00
	75	72,00				9,75
	80	72,80				10,00
90	78,00				12,00	

TABLAS DE FRECUENCIAS

EDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
	34	1	1,0	1,0	1,0
	37	1	1,0	1,0	2,0
	38	1	1,0	1,0	3,0
	47	3	3,0	3,0	6,0
	48	1	1,0	1,0	7,0
	49	1	1,0	1,0	8,0
	50	2	2,0	2,0	10,0
	51	1	1,0	1,0	11,0
	53	1	1,0	1,0	12,0
	54	1	1,0	1,0	13,0
	55	2	2,0	2,0	15,0
	56	1	1,0	1,0	16,0
	57	1	1,0	1,0	17,0
	58	7	7,0	7,0	24,0
	59	6	6,0	6,0	30,0
	60	6	6,0	6,0	36,0
	61	2	2,0	2,0	38,0
	62	4	4,0	4,0	42,0
	63	3	3,0	3,0	45,0
	64	2	2,0	2,0	47,0
Válidos	65	5	5,0	5,0	52,0
	66	3	3,0	3,0	55,0
	67	6	6,0	6,0	61,0
	68	2	2,0	2,0	63,0
	69	5	5,0	5,0	68,0
	70	4	4,0	4,0	72,0
	71	2	2,0	2,0	74,0
	72	6	6,0	6,0	80,0
	73	1	1,0	1,0	81,0
	74	2	2,0	2,0	83,0
	75	1	1,0	1,0	84,0
	76	2	2,0	2,0	86,0
	77	1	1,0	1,0	87,0
	78	5	5,0	5,0	92,0
	79	1	1,0	1,0	93,0
	80	2	2,0	2,0	95,0
	82	2	2,0	2,0	97,0
	83	2	2,0	2,0	99,0
	84	1	1,0	1,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

SEXO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Femenino	45	45,0	45,0	45,0
Masculino	55	55,0	55,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

GRADO DE INSTRUCCIÓN

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Analfabeto	2	2,0	2,0	2,0
Primaria completa	5	5,0	5,0	7,0
Primaria incompleta	10	10,0	10,0	17,0
Secundaria completa	21	21,0	21,0	38,0
Secundaria incompleta	17	17,0	17,0	55,0
Superior	45	45,0	45,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

ESTADO CIVIL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Casado (a)	54	54,0	54,0	54,0
Conviviente	25	25,0	25,0	79,0
Divorciado (a)	6	6,0	6,0	85,0
Soltero (a)	6	6,0	6,0	91,0
Viudo (a)	9	9,0	9,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

PERÍODO DE HOSPITALIZACIÓN

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
3	7	7,0	7,0	7,0
4	5	5,0	5,0	12,0
5	15	15,0	15,0	27,0
6	11	11,0	11,0	38,0
7	16	16,0	16,0	54,0
8	12	12,0	12,0	66,0
9	9	9,0	9,0	75,0
10	9	9,0	9,0	84,0
Válidos 11	3	3,0	3,0	87,0
12	4	4,0	4,0	91,0
13	2	2,0	2,0	93,0
15	1	1,0	1,0	94,0
16	2	2,0	2,0	96,0
23	1	1,0	1,0	97,0
32	1	1,0	1,0	98,0
50	1	1,0	1,0	99,0
60	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

DESCRIPTIVOS

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
EDAD	100	34	84	64,63	10,252
N válido (según lista)	100				

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
PERÍODO DE HOSPITALIZACIÓN	100	3	60	8,80	7,797
N válido (según lista)	100				

TABLAS DE CONTINGENCIA

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
SEXO *	100	100,0%	0	0,0%	100	100,0%
EDAD						

Recuento

	34	37	38	47	48	49	50	51	53	54	55	56
SEXO Femenino	1	0	0	2	1	0	0	0	1	1	0	1
Masculino	0	1	1	1	0	1	2	1	0	0	2	0
Total	1	1	1	3	1	1	2	1	1	1	2	1

Tabla de contingencia SEXO * EDAD

		EDAD														
		57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71
1	3	1	2	0	1	0	2	5	1	2	0	1	1	1	1	
0	4	5	4	2	3	3	0	2	4	2	4	4	3	3	1	
1	7	6	6	2	4	3	2	5	3	6	2	5	4	4	2	

72	73	74	75	76	77	78	79	80	82	83	84	Total
3	1	1	0	2	1	4	1	1	1	1	1	45
3	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	55
6	1	2	1	2	1	5	1	2	2	2	1	100

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
SEXO * GRADO DE INSTRUCCIÓN	100	100,0%	0	0,0%	100	100,0%

Tabla de contingencia SEXO * GRADO DE INSTRUCCIÓN
Recuento

	GRADO DE INSTRUCCIÓN						Total
	Analfabeto	Primaria completa	Primaria incompleta	Secundaria completa	Secundaria incompleta	Superior	
Femenino	2	3	6	14	8	12	45
Masculino	0	2	4	7	9	33	55
Total	2	5	10	21	17	45	100

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje

SEXO * ESTADO CIVIL	100	100,0%	0	0,0%	100	100,0%
---------------------	-----	--------	---	------	-----	--------

Tabla de contingencia SEXO * ESTADO CIVIL

Recuento

	ESTADO CIVIL					Total
	Casado (a)	Conviviente	Divorciado (a)	Soltero (a)	Viudo (a)	
SEXO Femenino	20	14	3	2	6	45
SEXO Masculino	34	11	3	4	3	55
Total	54	25	6	6	9	100

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
SEXO * PERÍODO DE HOSPITALIZACIÓN	100	100,0%	0	0,0%	100	100,0%

Tabla de contingencia SEXO * PEI

Recuento

	PERÍODO DE							
	3	4	5	6	7	8	9	10
SEXO Femenino	3	1	7	7	7	6	6	3
SEXO Masculino	4	4	8	4	9	6	3	6
Total	7	5	15	11	16	12	9	9

PERÍODO DE HOSPITALIZACIÓN

HOSPITALIZACIÓN									Total
11	12	13	15	16	23	32	50	60	
0	1	1	0	0	1	0	1	1	45
3	3	1	1	2	0	1	0	0	55
3	4	2	1	2	1	1	1	1	100

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

FRECUENCIAS POR CADA ÍTEM

Estadísticos

ÍTEM 1

N	Válidos	100
	Perdidos	0

ÍTEM 1

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	1	1,0	1,0	1,0
2	4	4,0	4,0	5,0
3	6	6,0	6,0	11,0
Válidos 4	24	24,0	24,0	35,0
5	53	53,0	53,0	88,0
6	12	12,0	12,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Estadísticos

ÍTEM 2

N	Válidos	100
	Perdidos	0

ÍTEM 2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
2	4	4,0	4,0	4,0
3	6	6,0	6,0	10,0
Válidos 4	26	26,0	26,0	36,0
5	50	50,0	50,0	86,0
6	14	14,0	14,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Estadísticos**ÍTEM 3**

N	Válidos	100
	Perdidos	0

ÍTEM 3

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	3	3,0	3,0	3,0
2	4	4,0	4,0	7,0
3	9	9,0	9,0	16,0
Válidos 4	26	26,0	26,0	42,0
5	46	46,0	46,0	88,0
6	12	12,0	12,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Estadísticos**ÍTEM 4**

N	Válidos	100
	Perdidos	0

ÍTEM 4

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
2	3	3,0	3,0	3,0
3	8	8,0	8,0	11,0
4	11	11,0	11,0	22,0
Válidos 5	37	37,0	37,0	59,0
6	41	41,0	41,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Estadísticos**ÍTEM 5**

N	Válidos	100
	Perdidos	0

ÍTEM 5

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
2	3	3,0	3,0	3,0
3	6	6,0	6,0	9,0
4	27	27,0	27,0	36,0
Válidos 5	56	56,0	56,0	92,0
6	8	8,0	8,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Estadísticos**ÍTEM 6**

N	Válidos	100
	Perdidos	0

ÍTEM 6

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
2	6	6,0	6,0	6,0
3	8	8,0	8,0	14,0
Válidos 4	31	31,0	31,0	45,0
5	47	47,0	47,0	92,0
6	8	8,0	8,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Estadísticos**ÍTEM 7**

N	Válidos	100
	Perdidos	0

ÍTEM 7

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1	1	1,0	1,0	1,0
2	3	3,0	3,0	4,0
3	9	9,0	9,0	13,0

4	33	33,0	33,0	46,0
5	44	44,0	44,0	90,0
6	10	10,0	10,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Estadísticos

ÍTEM 8

N	Válidos	100
	Perdidos	0

ÍTEM 8

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
2	4	4,0	4,0	4,0
3	8	8,0	8,0	12,0
4	13	13,0	13,0	25,0
Válidos	58	58,0	58,0	83,0
6	17	17,0	17,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Estadísticos

ÍTEM 9

N	Válidos	100
	Perdidos	0

ÍTEM 9

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	1	1,0	1,0	1,0
2	2	2,0	2,0	3,0
3	12	12,0	12,0	15,0
Válidos	37	37,0	37,0	52,0
5	40	40,0	40,0	92,0
6	8	8,0	8,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Estadísticos**ÍTEM 10**

N	Válidos	100
	Perdidos	0

ÍTEM 10

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	1	1,0	1,0	1,0
2	3	3,0	3,0	4,0
3	12	12,0	12,0	16,0
Válidos 4	36	36,0	36,0	52,0
5	36	36,0	36,0	88,0
6	12	12,0	12,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

ANÁLISIS DE LA FIABILIDAD**COEFICIENTE DE ALFA DE CRONBACH****Resumen del procesamiento de los casos**

		N	%
	Válidos	100	100,0
Casos	Excluidos ^a	0	,0
	Total	100	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos	N de elementos

,922	,924	10
------	------	----

Estadísticos de la escala

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
45,74	56,780	7,535	10

VARIANZA DE CADA ÍTEM PARA DETERMINAR ALFA DE CRONBACH

Estadísticos descriptivos

	N	Varianza
ÍTEM 1	100	.970
ÍTEM 2	100	.879
ÍTEM 3	100	1.279
ÍTEM 4	100	1.119
ÍTEM 5	100	.707
ÍTEM 6	100	.934
ÍTEM 7	100	.938
ÍTEM 8	100	.932
ÍTEM 9	100	.882
ÍTEM 10	100	1.028
		9.668
Suma	100	56.780
N válido (según lista)	100	